GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

ANNÉE 1895

ANNÉE 1895

GAZETTE MÉDICALE

DE PARIS

SOIXANTE-SIXIÈME ANNÉE — NEUVIÈME SÉRIE — TOME II

DIRECTEUR : Dr F. de RANSE

RÉDACTEUR EN CHEF : Pierre SEBILEAU



PARIS

RUE VIGNON, 28

66e Année. 9e Série. Tome II — N° 1 — 5 Janvier 1895

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : Dr F. de RANSE — Rédacteur en chef : Dr Pierre SEBILEAU
Secrétaire de la Rédaction : M. Em. EMERY

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 28, rue Vignon

REVUE DE MÉDECINE

La sérumthérapie antidiphtérique.

L'année qui vient de finir aura été marquée, dans l'ordre biologique, par une découverte qui lui assure d'avance une place à part dans l'histoire des sciences à notre époque. On devine que nous voulons parler de la sérumthérapie, méthode d'origine étrangère qui est devenue française par suite de la participation importante que nos savants ont prise à son perfectionnement et à sa vulgarisation. Il serait injuste de ne pas lui accorder la première mention dans une revue consacrée aux grandes questions médicales du jour : injuste aussi de ne pas signaler ce qui reste à faire pour l'améliorer et pour en tirer désormais tout ce qu'elle peut donner. Il faut donc, vis-à-vis d'elle, faire la part de la critique aussi bien que de l'éloge, si l'on veut arriver à une appréciation équitable de sa valeur et à une prévision exacte du rôle qui lui est réservé.

L'éloge ! Il était hier encore dans toutes les bouches, mais cette approbation quasi-universelle doit peser d'un faible poids dans la balance, car ici la qualité des adhérents importe bien plus que leur nombre. On ne doit tenir compte que des opinions autorisées, de celles qui peuvent se prévaloir d'une compétence spéciale en matière de diphtérie. C'est aux médecins familiarisés avec la pathologie infantile qu'il appartenait de nous fournir là-dessus les premiers documents sérieux, ceux qui permettent de juger la valeur de la méthode sur le terrain clinique. Leur intervention est déjà chose faite, et nous devons reconnaître que leurs premières déclarations s'accordent pour affirmer la supériorité des injections de sérum sur les autres modes de traitement de la diphtérie. En fait de citations, nous n'avons déjà que l'embarras du choix.

Il est vrai que, suivant la remarque de M. Lépine (*Semaine Médicale*, 26 janvier 1894), les documents relatifs à cette question se sont accumulés en si grand nombre dans ces derniers temps qu'il devient assez difficile de s'y reconnaître. Ce qui augmente la difficulté, c'est que les mêmes faits paraissent avoir été cités plusieurs fois. Puis, le diagnostic bactériologique n'a pas toujours été fait avec la précision nécessaire et même a fait complètement défaut dans un certain nombre de cas, d'où une cause évidente d'erreur dans l'appréciation des statistiques publiées çà et là. Parmi ces dernières, il en est qui s'imposent pourtant par le nombre des observations et par la qualité des observateurs. En Allemagne, où la sérumthérapie antidiphtérique a vu le jour, les plus importantes sont celles de MM. Kœssel, avec 233 cas ; Kœrte, avec 121 ; Aronson, avec 255. Tel est le bilan, plus que respectable des essais pratiqués chez nos voisins depuis l'institution de la méthode. Sans doute, ces statistiques ne concordent pas entièrement au point de vue des résultats et du pourcentage. Celles de MM. Kœrte et Aronson (12 0/0 d'insuccès) paraissent bien meilleures que celles de M. Kœssel, qui en déclare 23 0/0. Les cas trachéotomisés, mis à part, assurent aussi une amélioration marquée, puisqu'ils montrent la mortalité abaissée de 25 0/0 et réduite à 52 0/0, alors qu'elle était de 77 0/0 avant l'introduction du traitement par le sérum. A côté de ces trois statistiques, il y en a toute une série de moins importantes par le nombre, mais d'aussi encourageantes par les résultats qu'elles annoncent. Il en est, comme celle de Hager et celle de Seitz, qui accusent une série de 27 enfants traités, avec un seul cas de mort, une autre série de 24 également avec un seul décès. Tous ces chiffres, que nous empruntons au travail de M. Lépine (*loco citato*), ne paraissent pas contestables et on peut les considérer comme l'expression de la vérité, une fois la part faite à certaines difficultés d'appréciation et à certaines inexactitudes inhérentes à la multiplicité même des sources d'où ils proviennent. Ils représentent plus qu'une promesse, mais bien une réalité visible et tangible.

En France, les résultats obtenus jusqu'à présent ne sont pas moins satisfaisants que ceux dont les médecins allemands se sont fait les annotateurs scrupuleux. En tête, nous trouvons la statistique de MM. Roux, Martin et Chaillou, avec un total de 448 cas, accusant une mortalité de 24,5 0/0. Celle de M. Moizard qui vient après, par ordre de date, est encore meilleure et n'accuse que 14,7 0/0 d'insuccès,

résultat sans précédent que l'auteur attribue en partie à la décision qu'il a pris de se conformer au précepte de M. Roux, savoir, l'isolement des broncho-pneumonies. On peut citer tout auprès les chiffres de M. Lebreton, qui n'aurait eu que 12 0/0 de mortalité sur un total de 242 enfants traités, et ceux de M. Sevestre, qui est arrivé aux mêmes conclusions que M. Moizard. Ce n'est pas encore le lieu de parler des résultats obtenus dans le reste de la France, car dans aucune de nos villes ou de nos bourgades la méthode n'a été l'objet d'une application assez étendue pour que l'on puisse faire entrer leurs statistiques en ligne de compte.

En consignant ces chiffres, notre intention n'est pas d'écrire un dithyrambe en faveur de la sérumthérapie. Cependant, et tout enthousiasme mis à part, il nous semble que l'on doit concevoir une haute idée d'une méthode qui, en si peu de temps, possède déjà à son actif d'aussi beaux états de service. D'ailleurs rien n'empêche de faire la part des objections qui ont été déjà présentées çà et là, et dont les unes visent le principe même et le point de départ de la sérumthérapie, dont les autres, moins sévères, procèdent simplement de certaines constatations faites chez les malades inoculés.

Nous trouvons les premières résumées dans une communication de M. Hansemann à la Société médicale de Berlin. Ce médecin, qui paraît vouloir jouer dans son pays, vis-à-vis de la découverte de Behring, le rôle que Peter a joué chez nous après les premiers essais d'inoculation anti-rabiques, a d'abord contesté l'importance et la valeur du bacille de Lœffler, considéré par d'autres comme caractéristique de la plaque diphtéritique. Puis, il a contesté à son tour la valeur curative et spécifique des injections de sérum, en déclarant que nul fait scientifique et expérimental ne démontre à l'heure présente leur action chez l'homme; que l'observation clinique elle-même n'a pas davantage fourni cette preuve pourtant nécessaire. Il est vrai que M. Hansemann a été désavoué presque séance tenante par d'autres médecins non moins autorisés, au nombre desquels Virchow lui-même, son professeur et son maître. Mais c'est déjà une chose digne d'attention que l'opposition principale soit venue d'Allemagne, pays d'origine de la sérumthérapie. Ce n'est encore qu'une voix isolée, il est vrai, mais qui détonne singulièrement dans le concert à peu près universellement élogieux qui a accueilli l'apparition de cette nouvelle méthode. Du reste, M. Hansemann a formulé encore d'autres objections, celles dont il nous reste à parler, et peut-être a-t-il été ici plus près de la vérité.

En effet, les médecins qui ont pratiqué les inoculations antidiphtéritiques jusqu'à ce jour ont reconnu que l'introduction du sérum dans l'organisme peut provoquer des accidents de divers ordres, parmi lesquels M. Hansemann lui-même en signale de fort sérieux : action sur le cœur, sous forme d'adynamie et de faiblesse cardiaques aiguës; action sur le rein, démontrée d'abord par l'expérimentation, puis, cliniquement, par la production de néphrites graves susceptibles d'entraîner la mort (*cas de l'hôpital de la Charité, à Berlin*) : action sur le tégument externe sous forme de poussées urticariennes et d'éruptions purpuriques. M. Hansemann met tout cela sur le compte du sérum, et non sur celui de l'empoisonnement diphtéritique lui-même, bien que celui-ci puisse produire des manifestations du même ordre. Sauf cette dernière interprétation, très arbitraire, les observateurs sont ici plus près de se mettre d'accord, car les mêmes faits ont été constatés et relevés ailleurs. M. Moizard, entre autres, les a mis en relief dans son remarquable rapport à la Société Médicale des hôpitaux, sans y voir du reste un motif de restriction vis-à-vis de la sérumthérapie. Peut-être n'a-t-on pas assez fait entre ces deux catégories d'accidents le départ nécessité par la différence de gravité? En effet, au simple point de vue des contre-indications, on ne saurait comparer une banale poussée d'urticaire à une intoxication des centres régulateurs de la fonction cardiaque, ou à une altération rénale capable d'entraver ultérieurement cette chose essentielle qui s'appelle la dépuration urinaire. Ce qu'il importe ici, c'est d'établir la fréquence de ces accidents et le degré de leur gravité respective. Pour cela, une enquête plus étendue est nécessaire : il faut que les statistiques s'ajoutent aux statistiques, permettant par l'accumulation des documents de résoudre cette question fondamentale de la toxicité du sérum, de laquelle dépend peut-être la diffusion ultérieure de sa méthode ou son avortement.

Nous sommes donc logiquement conduits à introduire quelques réserves dans le jugement que l'on pourrait nous demander de formuler vis-à-vis de la sérumthérapie appliquée au traitement de la diphtérie : réserves sur le fond, jusqu'à ce que les arguments de M. Hansemann aient été définitivement écartés : réserves quant à l'application, en raison des accidents multiples que les injections paraissent susceptibles de produire. Ces restrictions sont provisoirement justifiées par l'opinion conforme d'autres observateurs dont nul ne contestera l'autorité. C'est ainsi que dans son dernier article (*loco citato*), M. Lépine fait allusion à un perfectionnement possible de la technique de la méthode, en vue d'atténuer ou même de faire disparaître les objections ci-dessus. De même l'honorable secrétaire de l'Académie, M. Cadet de Gassicourt, dans son exposé de fin d'année, déclare que l'épreuve du temps est nécessaire si nous voulons pouvoir formuler un jugement définitif sur la valeur thérapeutique de cette nouvelle découverte. Pour cela, une année entière doit être considérée comme un délai minimum, la fréquence et la gravité de la diphtérie étant variables suivant les saisons. L'éminent académicien fait remarquer aussi qu'il reste beaucoup d'inconnues à dégager : chiffre de guérisons des angines et des croups : indications respectives du tubage et de la trachéotomie à l'avenir : fréquence et gravité des lésions pulmonaires : valeur des tentatives d'immunisation chez l'homme et durée de cette immunisation, etc... Autant de points à éclaircir, autant de desiderata à combler avant de savoir quelle place revient à la nouvelle méthode dans la hiérarchie des moyens de guérison et des procédés thérapeutiques. Incontestablement ces restrictions s'inspirent d'une louable prudence : on ne peut que s'associer à la sagesse qui les dicte et qui réclame comme élément indispensable de jugement l'intervention du temps, ce grand arbitre dont la sanction est indispensable à toute élaboration scientifique, à toute découverte, et qui est seul capable de mettre chaque chose à sa place. P. M.

REVUE CRITIQUE

La psychologie professionnelle du médecin.

Par le Dr Ch. Fiessinger (d'Oyonnax).

La *Revue philosophique*, par la plume de M. le Dr Tardieu, nous apprend que les dons propres qu'on exige du médecin ne sont ni très nombreux ni très supérieurs. La prédisposition à l'étude de la médecine est le fait de deux facteurs associés : 1° l'aptitude aux manipulations mécaniques ; 2° la faculté d'enregistrer passivement et impartialement, selon la méthode scientifique, les impressions matérielles, les sensations brutes données par le fonctionnement des organismes vivants.

Sans doute restreint aux médiocres, pareil ensemble de dispositions a chance de s'ajuster d'une façon assez précise. A un chirurgien médiocre l'habileté manuelle, à un médecin médiocre la faculté d'observation banale apportent une spécialisation de tendances suffisantes pour la pratique courante de leur art.

Je ne parle pas des attributs moraux, tels que le désintéressement, le dévouement, la sympathie, cette dernière étant, comme on sait, la représentation mentale plus ou moins aiguë des douleurs d'autrui. A un degré variant avec la puissance de leur mémoire affective, les membres du corps médical sont riches de ces qualités de cœur qui nimbent leurs fonctions d'une auréole de sacerdoce.

Mais, dans les pages qu'elle consacre à la valeur intellectuelle du médecin, la *Revue philosophique* oublie de nous rappeler que la profession médicale n'est pas isolée dans son cas. Il n'est pas une carrière dont l'intelligence de l'envergure la plus modeste n'autorise l'accès.

L'avocat n'a besoin que d'une facilité de parole rendue redondante par l'usage des rhétoriques poncives. Au magistrat il suffit de feuilleter son Code ; la mémoire visuelle de la forme ou de la couleur résume la condition fâcheuse qui risque d'imposer un sculpteur ou un peintre de plus à la pléthore des sculpteurs ou peintres dont regorge l'École des Beaux-Arts. L'écrivain apprend à apprécier la valeur des mots par le même entraînement qui rappelle au médecin la structure d'un organe.

Et avocats, magistrats, peintres, sculpteurs, écrivains n'émergent pas au-dessus de la moyenne dévolue à leurs professions respectives tant qu'ils se bornent à exercer leur activité psychique dans les limites que leur a tracées leur éducation technique. Cette éducation emprunte ses éléments à l'acquisition des connaissances spéciales et indispensables à l'individu dans le choix de la carrière qu'il a consentie. De là à préjuger de la valeur intellectuelle des individus qui se soumettent à semblable apprentissage, il y a loin.

Pour opposées que soient les notions dont le cerveau s'imprègne, il ne se rencontre pas d'homme, nous nous plaisons à le répéter, si ordinaire se manifeste sa pensée, qui ne parvienne à s'assimiler ces notions adaptées à la position qu'il convoite.

Les mémoires sont diverses, au hasard des organisations cérébrales. L'une sera visuelle, l'autre auditive. Éliminons les autres variétés d'imaginations qui ont des applications esthétiques plus vagues. Encore faudrait-il établir que tous les auditifs portent en eux la virtualité de grands musiciens, et que tous les visuels n'ont qu'à se laisser aller à leurs goûts pour devenir des écrivains, des peintres ou sculpteurs de génie. La prédominance d'une mémoire n'assure pas l'originalité qui dispense la renommée. L'entassement des œuvres d'art sans âme glace le visiteur de nos expositions annuelles ; les toiles à vingt-cinq francs, cadre compris, sont adjugées à l'hôtel Drouot ; les librairies sont encombrées de livres : romans d'aventure, romans naturalistes, romans psychologiques qui se débitent comme chandelles, bougies ou lampes d'Edison, au caprice de l'époque.

Lamentable est l'accumulation de ces productions. Ne témoigne-t-elle pas aussi sûrement que la complaisance pour la médecine, d'une aptitude aux travaux manuels, quand il s'agit de modeler un buste, ou de la faculté d'enregistrer passivement des impressions que le peintre et l'écrivain marquent rarement d'un cachet personnel ? Il n'est qu'une supériorité qu'on doive reconnaître à la multitude de ceux qui croient comprendre l'art et les lettres, parce qu'ils ont concouru pour le prix de Rome ou copié les procédés et plagié les états d'âme d'un écrivain en crédit, c'est la supériorité des prétentions.

Celle-là, les médecins ne la revendiquent pas. Ils ne se posent pas en intellectuels truculents, et ils ont bien raison. M. le docteur Tardieu nous permettra de ne pas faire grand fonds sur cet argument, qu'au lycée les premiers de la classe n'optent pas pour la médecine. Comme si les lauréats des concours généraux avaient jamais décidé de la marche de l'humanité.

Les esprits diffèrent peut-être moins par leur groupement en visuels, auditifs, moteurs, etc., que dans l'intensité vibrante qu'éveillent ces sensations visuelles, auditives ou motrices. Il est un étiage de comparaison où les esprits, de quelque forme d'aperceptions qu'ils se réclament, se rencontrent sympathiquement. Cet étiage mesure l'amplitude des vibrations nerveuses. Lentes, molles, épaisses, vulgaires, quelconques, ces vibrations sont l'apanage des médiocres, et légions sont ceux qui, absorbés par des occupations contraires, convergent des points les plus opposés vers ce niveau de médiocrité rebelle aux essors des personnalités audacieuses.

Ironique dans la prodigalité apportée au pullulement des imaginations étriquées, — Herbert Spencer considère cette profusion de banalité comme une des conditions qui font le progrès des Sociétés, — la nature s'est amusée d'autre part à camper, le geste résolu, des types d'initiative hardie qui se révoltent contre la déformation par les cadres rigides. A ces âmes ardentes, le travail ouvre non pas le temple officiel où se pressent dans des poses hiératiques la masse des fidèles pour qui c'est sacrilège de douter des dogmes consacrés. L'étude ne leur sert qu'au renversement des idoles. En place des conceptions adorées à genoux, installer leur vision propre des choses, c'est à quoi prétendent ces indépendances en quête de nouveau.

Au-dessus de l'artiste d'une inspiration essoufflée, au-dessus de l'écrivain qui emprunte la langue et la manière du voisin, au-dessus du médecin consciencieux et suffisant, passe, déchirant le ciel trouble sous lequel ils vaguent avec quiétude, la fulgurance du génie. Cela est tout à fait inconvenant, je l'admets. Aussi est-ce pour atténuer la portée de cette inconvenance que le génie surgit si rarement. Il n'est pas aisé de soumettre des sensations impétueuses à la domination des centres d'arrêt psychiques (attention, réflexion, volonté) et pourtant l'assujétissement des idées et des émotions aux ordres d'une volonté de fer est la condition indispensable à l'éclosion du génie.

Heureusement la curiosité d'un frisson nouveau en art et l'obsession de l'inconnu en médecine ont leur existence indépendante du génie. Entre les médiocres et les génies prennent place les originaux à individualités inégalement accentuées.

Et c'est de ceux-là que la médecine a besoin. Une observation large qui multiplie les rapports avec les phénomènes biologiques et ne s'attarde pas aux minuties étroitement

interprétées, voilà la direction où devra viser le sens des recherches. Les imaginations puissantes disposent seules d'une compréhension assez vaste pour embrasser un ensemble de faits d'où jaillira quelque lumière.

L'esprit scientifique qui a cours en médecine ne rend pas assez justice à ces qualités imaginatives. Refrénées par une critique serrée, ce n'est qu'à elles que la science est redevable des progrès dont elle se glorifie. Un fait n'est jamais rien par lui-même ; il ne vaut que par le cerveau où il se reflète. Si le cerveau ne vibre pas fortement, le fait n'y sollicitera que des impressions usées.

Tant de choses restent à découvrir en médecine, qu'il n'est pas permis aux cœurs froids de tenter une carrière où l'initiative est de rigueur. Pour comprendre une science, il faut l'aimer, et ne sont prodigues d'amour que les natures qui dépensent l'enthousiasme sans compter.

Plus tard, quand la médecine aura livré son dernier secret, l'impassibilité sera de circonstance. Ses études terminées, le praticien se croisera les bras, peu tourmenté par les mystères de la pathologie. Dans un bâillement ennuyé, il se contentera de confirmer ce que ses devanciers avaient découvert, et, au cas où cette besogne lui répugne, il imitera les magistrats à qui c'est délices que traduire les odes d'Horace.

Alors, aura sonné l'heure annoncée prématurément par la *Revue philosophique*. A ce glas, les médecins connaîtront l'inutilité de l'intelligence en matière de pathologie et les Facultés enseignantes serviront de refuge aux cerveaux enlisés dans des sensations pâteuses.

M. Tardieu, au talent littéraire duquel nous nous plaisons de rendre hommage, ne nous en voudra pas de cette réponse, qui n'est motivée que par le mérite de son étude.

A L'ÉTRANGER

ALLEMAGNE

Quelques remarques sur l'épilepsie sénile.

M. Sympson (Canterburg) (in *Internat. Klin. Runschau*, 1894, n° 28) rappelle que les premières attaques d'épilepsie peuvent apparaître dans la vieillesse. Pour la plupart des auteurs, des faits de ce genre seraient extrêmement rares ; pour d'autres, au contraire, comme Maclagan et Dodd, ils seraient plus fréquents qu'on ne le croit généralement.

Leur étiologie d'ailleurs est encore entourée d'obscurité. Sympson exclue l'hérédité, car, dit-il, si l'hérédité devait entrer en ligne de compte, elle n'aurait pas attendu la vieillesse pour manifester ses effets. D'autre part, l'anatomie pathologique ne fournit pas sur cette affection de plus grands renseignements que l'étiologie.

Chez le vieillard, on rencontre comme chez l'enfant et comme chez l'adulte, les symptômes qui caractérisent le grand mal et ceux qui caractérisent le petit mal. Cependant, ces derniers sont plus fréquents. De plus, dans ces circonstances, il arrive souvent que le malade meure dans le coma. Chez d'autres, au contraire, subsistent après l'attaque une perte plus ou moins sensible de la mémoire, un affaiblissement plus ou moins marqué de l'intelligence.

On comprend que de tels faits déroutent facilement le médecin. En présence des phénomènes d'épilepsie sénile, on songera plutôt à de l'hystérie, de la paralysie générale, de l'urémie, des troubles d'origine circulatoire ou trouvant leur raison d'être dans l'existence d'une tumeur. Sympson dit, en outre, avoir vu réussir les préparations à base de brome et de zinc.

Ces différentes réflexions sont suggérées à l'auteur par deux malades qu'il a vus frappés d'épilepsie sénile à l'âge de 73 ans. C'était à tous deux leur première attaque. Le premier de ces malades est mort six ans plus tard, avec une intelligence bien conservée, mais après avoir eu encores différentes attaques ; le second au contraire est mort au milieu des symptômes d'une démence croissante.

Guérison du tétanos.

Aujourd'hui que les questions de sérumthérapie commencent à donner des résultats sérieux, il n'est pas sans intérêt de relater une observation de tétanos guéri par cette méthode, due à **MM. A. Guisti** et **F. Bonaiuti** (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1894, n° 36).

Il s'agissait d'un cas de tétanos dont l'origine se rapportait nettement à un traumatisme. Un jeune soldat de 22 ans, à la suite d'un accident, présentait des multiples lésions de la face, et dans les plaies on avait remarqué une assez grande quantité de terre. Dès le lendemain de l'accident, les auteurs constatèrent des soubresauts des tendons, de fréquentes contractions musculaires, un peu de trismus, de l'intermittence du pouls et leur attention fut attirée du côté du tétanos. Mais ces phénomènes ne tardèrent pas à s'amender. Ce n'est que vingt jours plus tard qu'ils se trouvèrent en face d'un tétanos confirmé, avec accidents spasmodiques du côté du pharynx et vomissements. Devant l'échec du chloral et des bains de vapeur, et devant l'aggravation des symptômes tétaniques, ils eurent recours à la sérumthérapie.

Le cinquième jour de la maladie, ce traitement fut commencé. On employa d'abord du sérum de cheval immunisé contre le tétanos, puis du sérum de chien placé dans les mêmes conditions. On injecta, dès le jour où le traitement fut institué, quarante centimètres cubes de ce sérum, puis, dans la même journée, vingt centimètres cubes en plus. Les auteurs disent avoir eu besoin, pendant la durée de la maladie, de soixante centimètres cubes de sérum de cheval, cent-dix centimètres cubes de sérum de chien, et deux grammes de précipité alcoolique sec de sérum de cheval, ce qui équivaut à vingt centimètres cubes de ce sérum.

Déjà, vingt-quatre heures après le début du traitement, ils constatèrent une amélioration dans l'état de leur malade, mais cette amélioration ne fut vraiment sensible, durable et progressive qu'après quarante-huit heures. Ce dernier éprouva tout d'abord un sentiment de repos et de bien-être général ; les vomissements, les accidents spasmodiques et convulsifs cédèrent ensuite ; enfin on vit le pouls cesser d'être intermittent, la fièvre tomber et les muscles abdominaux perdre leur rigidité. Il ne fallut que cinq jours pour obtenir une guérison complète.

Aucun accident sérieux n'est d'ailleurs venu en interrompre le cours. Il est à peine besoin de signaler l'apparition d'une légère éruption d'urticaire, comme on en rencontre souvent après les injections de sérum, ainsi que certains auteurs ont eu l'occasion de le dire, pas plus qu'il n'est nécessaire de parler de petits abcès dont l'origine est incontestablement due à des phénomènes d'infection locale et toute fortuite, auxquels expose toute espèce d'injection.

Un autre fait intéressant et difficile à expliquer, c'est l'existence de légers symptômes de tétanos dès le lendemain de l'accident, longtemps avant que la maladie éclatât avec toute son intensité. Guisti et Bonaiuti supposent qu'ils ont été causés par une absorption, d'ordre naturellement infectieux, de la terre contenue dans la plaie, et qu'il y aurait eu là une intoxication rapide et directe. D'autre part, l'on n'aurait pu constater les effets de l'infection proprement dite que plus tard, car ils n'auraient fait leur apparition qu'après la formation d'un foyer infectieux.

Les auteurs terminent leur communication par une idée assez originale. Comme l'accident qui fut la cause du tétanos dans ce cas était un accident de chemin de fer, ils voudraient que les Compagnies de chemins de fer soient à même de fournir rapidement, en cas d'accident, et aient toujours à leur disposition du sérum antitétanique. On ne l'emploierait plus alors comme moyen thérapeutique, mais comme moyen préventif, et l'on ferait sur le

champ une inoculation à tout malade dont les plaies seraient souillées de masses de terre plus ou moins considérables. Cette idée ne semble pas d'une application difficile et elle peut être appelée à rendre de grands services dans certaines circonstances.

AMÉRIQUE

Thérapeutique chirurgicale des prolapsus du rectum.

J.-B. Roberts (*Amer. Journal of the med. Sciences*), appelé à opérer un prolapsus du rectum, a eu recours à un procédé spécial dont il est d'ailleurs l'inventeur, et dont voici la technique en quelques mots :

On fait tout d'abord une incision près du coccyx, autant que possible sur la ligne médiane. On détache le rectum des différents organes qui le maintiennent en état de fixité, comme on le fait lorsqu'il s'agit d'extirper le rectum en cas de cancer, par exemple.

Après avoir agi sur le rectum prolabé, on aborde la peau et les tissus sous-cutanés par différentes incisions menées de la façon suivante : ces incisions doivent représenter une figure triangulaire, dont la base répond à la marge de l'anus, et le sommet au coccyx. Non seulement la peau et le tissu cellulaire sous-cutané sont compris dans l'incision, mais celle-ci entame le sphincter jusqu'à environ un pouce.

A ce moment, l'opérateur arrive à la paroi postérieure du rectum. Dans le rectum doit également être taillé un lambeau triangulaire, mais qui ne répond pas exactement à celui tracé précédemment. Le sommet de ce triangle se trouvera à trois pouces au-dessus de l'ouverture anale. Quant à sa base, elle correspondra exactement au lambeau de sphincter coupé. Nous avons gardé dans ces différentes explications le terme de pouce, qui est celui employé par le chirurgien anglais, pour nous écarter le moins possible de sa description. Il suffira, pour ramener les choses au point où elles sont aujourd'hui, de se rappeler que le pouce représente 2 centimètres 7 à peu près. Le sommet du triangle rectal sera donc situé à une distance de 8 centimètres à peu près au-dessus de l'anus.

Il est facile de se rendre compte que par ce moyen, en élevant le rectum, on rétrécit aussi le diamètre anal; que, de plus, le diamètre inférieur du rectum se trouve également diminué. Le rectum alors est transformé en une sorte de cornet ou d'entonnoir dont la partie large regarde le haut, et dont l'ouverture inférieure est plus étroite, disposition éminemment propre à empêcher les récidives.

L'auteur rapporte trois cas de cette opération: l'un lui est propre, les deux autres sont dus à Bell et à Kammerer. Ces trois opérations eurent lieu chez des malades de 34, 22 et 45 ans; les résultats en sont, paraît-il, très satisfaisants.

Transmission du choléra par les mouches.

T.-C. Craig (*New York med. Record*, 1894, Juli 14) relate l'observation de quelques expériences qu'il a faites pour se rendre compte du rôle que pouvaient jouer les mouches dans la transmission du choléra. Voilà comment il a procédé : il nourrit pendant trois jours les mouches avec du pain qu'il avait fait tremper dans du bouillon cholérique, les maintenant pendant ce temps dans une cage fermée de toutes parts. Puis il les tua, et ensemença leur intestin sur du bouillon. Les résultats de ces cultures furent complexes. Craig vit de nombreux bacilles et de nombreux coccus, mais, au milieu de ceux-ci, apparaissaient très nettement des spirilles cholériques avec leurs caractères de virulence ordinaire. Dans ses expériences, l'auteur prit tous les soins désirables pour qu'il n'y ait pas transport des bacilles par la surface du corps des mouches, fait dont Simmonds avait déjà établi la possibilité Aussi, est-il en droit de conclure que les mouches possèdent une immunité contre le choléra, et que, par leurs déjections, elles peuvent devenir un agent de transmission et de contamination avec lequel il faut compter.

Epidémie de méningite cérébro-spinale.

S. Flexner et **L.-F. Barker** ont fait, *in the Americ. Journ. of the medic. Sciences*, nos 262 et 263, un rapport sur une épidémie de méningite cérébro-spinale, qui sévit surtout de janvier à mai 1893, atteignant son maximum d'intensité au mois de février, alors qu'il faisait un froid très violent. Il mérite quelque attention, car il donne lieu à plusieurs observations de certaine valeur.

Cette épidémie éclata dans une ville située au milieu des monts Alleghanys, centre d'une région riche en mines de charbon. Les causes n'en ont pas été nettement élucidées, mais ce qu'on a pu facilement constater, c'est que, comme d'ailleurs il fallait s'y attendre, les quartiers pauvres et peu favorisés au point de vue de l'hygiène furent surtout frappés, et que, d'autre part, l'épidémie procéda surtout par petits foyers successifs. La mortalité atteignit 40 0/0; en outre, l'on ne peut dire que l'un des sexes fut plus épargné que l'autre. Ce qui ressort facilement de l'observation de cette épidémie, c'est que les enfants et les jeunes gens ont été attaqués plus que tout autre.

Les faits cités jusqu'à présent n'ont encore rien de bien spécial et sont presque la règle dans tous les cas de méningite cérébro-spinale. En voici maintenant d'autres qui présentent plus d'intérêt.

Signalons d'abord la coïncidence de nombreux cas de parotidites avec cette épidémie. Mais, surtout, relevons la fréquence des types à forme foudroyante; la forme, dite abortive, fut au contraire observée bien plus rarement que les formes franches. La fièvre, pendant toute la durée de l'épidémie, revêtait un aspect d'irrégularité fréquente; les troubles oculaires affectaient un degré de fréquence assez marqué. Mais les troubles, que l'on voit parfois du côté des membres, étaient au contraire assez rares.

Il était intéressant de faire sur ce sujet des recherches bactériologiques et de profiter de cette épidémie pour contrôler ou infirmer les idées admises à ce propos. Dans le sang, les auteurs ne trouvèrent absolument rien; mais dans les exsudats méningés, ils virent un diplocoque lancéolé encapsulé, déjà décrit. Les cultures de ce microorganisme ne donnèrent aucun résultat, de même que l'inoculation aux animaux.

Il y avait leucocytose constante, avec toutes les altérations microscopiques qu'on rencontre dans les cas d'inflammation avec exsudat séreux ou purulent. Comparant les lésions locales intracrâniennes avec l'intensité de l'infection et la forme que semblait avoir prise cette dernière, les auteurs en arrivent à conclure que la mort était bien plutôt due aux lésions du système nerveux central, se basant, pour formuler cette opinion, tant sur les autopsies de malades morts à une période précoce de la maladie qu'à une période avancée.

Comment expliquer l'état infectieux de la masse cérébrale? Flexner et Barker rejettent comme invraisemblable l'idée d'une infection d'origine nasale ou auriculaire, mais admettent la possibilité d'une infection générale de l'organisme, et par suite du cerveau, partant de l'intestin. En effet, ces auteurs n'ont pas vu d'altérations du côté du nez ou des sinus, pas plus que du côté des oreilles; mais il leur a été donné de rencontrer à l'autopsie des lésions intestinales; bien plus, dans un cas très grave, le malade présentait des symptômes dysentériformes, et le diplocoque lancéolé fut constaté dans ses selles.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 2 janvier. — Présidence de M. Lucas-Championnière.

L'otite et les abcès encéphaliques.

M. Picqué. — Je vous ai dit, il y a quinze jours, qu'à mon avis, il fallait désormais scinder le chapitre si peu homogène des abcès encéphaliques et faire entrer chacune de leurs variét

dans la description de la maladie qui en est l'origine et dont elle peut être considérée comme une complication; j'ai ajouté que presque tous ces abcès relevaient de l'otite suppurée, si bien qu'en résumé, le chapitre « abcès du cerveau » pouvait presque être considéré comme une partie intégrante du chapitre « complications de l'otite suppurée ». Dans la dernière séance, mon collègue Gérart Marchand a protesté en termes fort courtois contre une pareille interprétation de classification nosologique. M. G. Marchand allègue contre moi trois faits principaux. *Premier fait* : L'abcès encéphalique, dit-il, est une complication rare de la mastoïdite suppurée. Oui, cela est vrai, mais entendons-nous bien. Il importe peu que la mastoïdite ne provoque que rarement l'abcès encéphalique, si d'autre part, pour dix de ces abcès encéphaliques, vous comptez, par exemple, comme c'est le cas, sept ou huit abcès d'origine otique. Au résumé, une très grande partie des suppurations cérébro-cérébelleuses sont d'origine otique. Qu'importe alors la fréquence absolue de cette complication ? *Second fait* : Vous ne décrivez pas, dit M. G. Marchand, l'abcès du foie à propos de la dysenterie. La raison ne vaut pas. La dysenterie est une maladie médicale, et l'abcès du foie une affection d'ordre chirurgical, tandis que la mastoïdite et l'abcès encéphalique sont l'un et l'autre du ressort de la chirurgie. Contre la dysenterie, vous ne dirigez pas d'intervention chirurgicale, tandis que cette même opération qui vous permet d'atteindre la mastoïdite, vous conduit aussi, par la même voie prolongée, sur le foyer des suppurations cérébro-cérébelleuses. *Troisième fait* : Il y a, dit M. Marchand, des abcès encéphaliques consécutifs à la tuberculose et à l'ostéomyélite des os du crâne, d'autres, enfin, qui sont la manifestation locale d'une maladie générale (pneumonie, pyohémie). Oui, mais quelle différence entre tous ceux-ci et les autres ! Les premiers (tuberculose, ostéomyélite) se développent sur place, tout contre la région de l'os qui est atteinte : dans leur histoire, rien de fixe, rien de certain, rien de classique; ils naissent là où est le mal, et le diagnostic de leur siège est si bien fait par la localisation même de l'affection osseuse, que le traitement à leur appliquer, et la voie à suivre pour les atteindre ne sauraient prêter à aucune discussion. Les seconds (pneumonie, infection purulente) sont comme le dernier échelon d'une maladie générale grave et disparaissent, pour ainsi dire, chirurgicalement, au milieu des manifestations multiples de l'affection causale.

Au résumé, l'abcès encéphalique d'origine otique, par sa fréquence relative sinon absolue, par son intérêt, par ses localisations spéciales, par les considérations thérapeutiques multiples et diversement appréciables auxquelles il prête, constitue une classe à part et doit rentrer dans l'étude de l'otite moyenne. Et cela n'est-il pas encore démontré par l'existence de cette lésion intermédiaire entre lui et la mastoïdite, que j'ai nommée la collection péripétreuse, collection péripétreuse qui établit comme un lien entre les deux maladies, et dont l'importance est même telle qu'on la rencontre quelquefois seule sur des sujets qu'on croit porteurs d'une véritable suppuration du cerveau.

Traitement des polypes naso-pharyngiens.

M. Berger. — M. Calot (de Berck-sur-Mer) nous a envoyé récemment l'observation d'un malade chez lequel il a pratiqué l'ablation d'un polype naso-pharyngien par la voie nasale d'Ollier (ostéotomie bilatérale oblique). Voici le résumé de cette observation : jeune homme de 14 ans affaibli à la suite d'hémorrhagies provoquées par l'application, — par les voies naturelles, nasale et pharyngienne — des méthodes lentes. Ablation rapide par la méthode d'Ollier; hémorrhagie abondante pendant l'opération ; destruction facile d'un prolongement crânien passant par la fente sphénoïdale ; tamponnement pendant douze heures ; restauration nasale par suture plan par plan; guérison *per primam* ; absence de récidive après 18 mois.

Je veux d'abord rendre justice à M. Calot sur deux points. Premier point : le malade était exsangue, affaibli par un traitement antérieur prolongé, il y avait danger; l'ablation extemporanée s'imposait. M. Calot a donc bien fait de pratiquer l'exérèse rapide. Second point : M. Calot ne s'est pas arrêté devant la possibilité d'une hémorrhagie opératoire. Il a eu raison. Quand un polype, si saignant qu'il soit, est rapidement extirpé, le danger provenant de la perte de sang n'est ordinairement pas gros, sous la condition que le tamponnement soit bien fait.

Ceci acquis, je veux faire quelques critiques.

Il y avait, dit M. Calot, un prolongement cérébral, car le malade était somnolent, semi-comateux, et, la nuit, poussait des cris analogues à ceux des méningitiques. Or, cela ne suffit pas. Ce malade avait eu des hémorrhagies abondantes et il souffrait beaucoup, ayant des troubles respiratoires accentués : voilà bien de quoi expliquer le sommeil et les cris nocturnes. Et puis, si vraiment le prolongement cérébral avait existé, l'opération et ses suites n'auraient pas été si simples qu'elles l'ont été. Au reste, comment admettre, ainsi que M. Calot, la pénétration du polype dans la fente sphénoïdale ? Elle est loin en dehors et au-dessus des fosses nasales, cette fente, et il n'y a pas d'exemple que les polypes aient, par elle, pénétré dans le crâne. Et, si cela était possible, si vraiment l'hypothèse de M. Calot était soutenable, comment son malade n'aurait-il pas présenté des troubles de l'appareil moteur du globe oculaire (3e, 4e, 6e paires), des troubles sensitifs périorbitaires (5e paire), des troubles circulatoires de l'œil et de l'orbite (veine ophtalmique) ? Mais non... Quand un polype gagne le crâne, c'est par le sinus frontal qu'il y pénètre.

M. Calot nous dit aussi que le polype de son malade était un sarcome. Or, il ne se rappelle pas que l'examen histologique ait été fait. Je tiens donc son assertion comme non valable en l'espèce. Les caractères macroscopiques, le volume et la marche d'une tumeur ne suffisent pas au diagnostic ferme de sa nature ; il faut encore que le microscope tranche la question en nous indiquant son espèce, sa variété, son point de départ.

En ce qui concerne la voie opératoire adoptée par M. Calot, je serai bref. En admettant — ce qui est possible, mais non certain — que pour ce cas particulier la voie palatine, qui est la vraie méthode de choix, eût été insuffisante, je me demande pourquoi l'opérateur a préféré l'ostéotomie nasale d'Ollier à la résection de la mâchoire. Je n'aime pas ce procédé d'Ollier. D'abord, il ne donne pas assez de jour; ensuite il laisse une cicatrice très déformante et très apparente qui accuse comme un détachement du nez à sa racine et qui est bien plus offensante pour l'œil que la cicatrice consécutive à la résection du maxillaire inférieur. On me dira que celle-ci détermine une déformation faciale beaucoup plus accentuée. Il n'en est rien, surtout si l'on a soin de prendre les précautions opératoires que va vous dire M. Picqué.

M. Picqué. — Un malade, qui était porteur d'un gros sarcôme naso-pharyngien, avait une telle asymétrie de la face que nous avions conclu, mon maître le professeur Berger et moi, à l'envahissement du sinus maxillaire (c'était, du reste, une erreur et il s'agissait, sans doute, d'une asymétrie congénitale). Bref, cela suffit à nous faire conclure à l'insuffisance, dans le cas particulier, de la voie palatine et à la nécessité de la résection de la mâchoire. Sur le conseil du professeur Berger, je pratiquai seulement, en me servant de l'incision classique, la résection partielle, respectant en haut le plancher de l'orbite, et en bas la voûte palatine. Je pus, sans peine, aborder le polype, l'enlever et faire le tamponnement. Ce procédé est excellent ; il éclaire très suffisamment, ne laisse après lui aucune difformité et enfin, en évitant au chirurgien la nécessité d'une restauration immédiate, donne au malade le bénéfice d'une opération plus courte.

M. Kirmisson. — Je me suis déclaré le partisan convaincu des méthodes lentes et le cas rapporté par M. Calot n'est pas fait pour me détourner de cette pratique. Il est certain, en effet, que chez son malade les méthodes de douceur ont été mal employées. Ce n'est ni la voie nasale, ni la voie pharyngienne qu'il faut emprunter pour les appliquer; il faut fendre le voile et souvent la

voûte et le voile ; sans cela, on agit en aveugle et on ne fait rien de bon.

En ce qui concerne l'hypothèse d'un prolongement crânien chez le malade de M. Calot, je partage absolument les réserves du professeur Berger. D'ailleurs, je ne comprends pas bien la pénétration de la tumeur dans la fente sphénoïdale et je vois, au sourire du professeur Tillaux, qu'il pense un peu comme moi. Au reste, les suites opératoires sont bien différentes, quand il existe un prolongement intracrânien, de ce qu'elles ont été sur le malade de M. Calot. J'en ai observé deux cas : les malades sont morts très rapidement après l'opération.

Quant à la voie nasale, je la trouve mauvaise ; outre qu'elle déforme la face, elle a le gros inconvénient de ne pas découvrir le polype. Sans doute, elle peut suffire, à condition qu'on soulève d'un doigt la tumeur par derrière le voile, comme je l'ai vu faire à M. Ollier lui-même, s'il s'agit d'un néoplasme de petit volume ; mais j'avoue que je ne conçois pas qu'on puisse arriver à bien par ce procédé sur un malade ayant une énorme tumeur. Il n'y a pas de lumière ; on pêche, pour ainsi dire, au hasard, à la faveur d'un orifice trop étroit.

Au total : cure lente par la voie palatine, pour la grande majorité des cas. Si celle-ci est insuffisante, résection de la mâchoire. En dehors de cela, tout est mauvaise manœuvre.

M. Bazy. — Un mot seulement pour dire, à propos du chemin suivi par les polypes pour entrer dans le crâne, que j'en ai observé un chez le professeur Richet qui avait usé la paroi inférieure du sinus caverneux.

Siège et pathogénie du phlegmon sous-ombilical.

M. Tillaux. — M. Maret (de Honfleur) nous a adressé une observation de phlegmon sous-ombilical dû à une concrétion sébacée siégeant dans la dépression ombilicale et expulsée spontanément. Ce n'est pas là un fait très rare ; dans les dépressions ombilicales profondes s'accumulent des débris épithéliaux et des poils ; tout autour d'eux se développe de l'érythème et, par cet érythème, s'infectent les vaisseaux lymphatiques de la couche sous-cutanée qui se rendent de l'ombilic à l'aine. Le phlegmon sous-ombilical est donc un phlegmon sous-cutané, sus-aponévrotique, d'origine lymphatique. Je ne suis pas de l'avis d'Heurtaux qui localise ce processus dans le tissu cellulaire sous-péritonéal. Peut-être, quelques cas répondent-ils à la description d'Heurtaux, mais ils sont, à mon avis, tout à fait exceptionnels. Ce qui peut induire en erreur, c'est la profondeur relativement très considérable de ces collections ; elles siègent, en effet, dans la zône profonde de la couche sous-cutanée, couche très épaisse chez certaines personnes. Mais, je le répète, ce sont là, non pas des phlegmons sous-péritonéaux, mais bien des angio-phlegmons sous-cutanés, développés entre la ligne blanche et la peau.

M. G. Marchand. — La pathogénie acceptée par le professeur Tillaux est très nette, mais elle ne répond pas plus que la localisation qu'il défend, à tous les cas. J'ai observé récemment, chez un malade atteint de goutte militaire, un phlegmon sous-ombilical qui siégeait très certainement en arrière de la gaîne des droits et qui contenait un pus rempli de gonocoques.

M. Segond. — J'ai vu récemment deux malades qui, en raison de leur développement adipeux, avaient une dépression ombilicale très profonde ; chez l'un et chez l'autre elle contenait des corps étrangers autour desquels s'étaient produites des excoriations de la peau qui devinrent l'origine d'un phlegmon péri-ombilical (variété sus-ombilicale). Mais si ces deux cas confirment les idées du professeur Tillaux sur l'étiologie du phlegmon péri-ombilical, ils sont en contradiction avec ce qu'il pense de sa localisation, car chez mes malades le pus siégeait sous le péritoine, en arrière des droits.

M. Peyrot. — Cette étiologie est admise, en effet, et à juste titre par tout le monde. De même tous les classiques nous disent qu'il y a deux sortes de phlegmons péri-ombilicaux, les sous-cutanés et les sous-péritonéaux. La question est donc simplement de savoir quelle est la fréquence relative de l'un et de l'autre.

M. Richelot. — Beaucoup de ces phlegmons sous-ombilicaux sont de nature tuberculeuse (je parle de la variété sous-péritonéale). La lecture des six cas contenus dans le mémoire d'Heurtaux est très significative. Je viens d'observer récemment un nouveau fait dans lequel la nature tuberculeuse du processus n'était pas douteuse.

M. Tuffier. — Il faut, en effet, distinguer les phlegmons superficiels et les phlegmons profonds. Chez un de mes malades, un phlegmon sous-ombilical profond avait été provoqué par la perforation d'un appendice cléo-cæcal qui avait remonté peu à peu, sous l'influence des tractions exercées sur lui par un grand épiploon avec lequel il avait pris, grâce à des lésions inflammatoires anciennes, des adhérences solides.

M. Tillaux. — Les phlegmons sous-ombilicaux profonds existent, sans doute, mais ils sont une exception. Je dis qu'on donne souvent à tort le nom de phlegmon sous-péritonéal, phlegmon dit d'Heurtaux, à un processus qui est en réalité superficiel, mais dont la profondeur relative peut tromper.

Sarcôme de la plante du pied.

M. Tillaux lit une courte observation de M. A. Broca. Il s'agit d'un jeune homme à qui on enleva un petit fibrôme de la plante du pied adhérent à la gaîne des fléchisseurs. L'opération fut très simple. Un an après se développa, à la plante du pied, une tumeur fixée au métatarse et qui nécessita l'amputation du pied. Cette dernière était un fibro-sarcôme ; elle avait pris naissance sur la gaîne du long péronier latéral.

Les méfaits du massage en gynécologie.

M. Pozzi. — Voici des pièces anatomiques intéressantes ; ce sont des trompes et des ovaires que j'ai récemment enlevés à une femme qui, atteinte d'ovaro-métrite, avait été traitée par le massage, et qui, à la suite de ces manœuvres, avait présenté des douleurs vives, des pertes de sang, et tous les signes d'un hématocèle. A gauche, j'ai trouvé une trompe transformée en un sac qui avait l'air d'un pyosalpinx (parois épaissies et tomenteuses), mais qui ne contenait que du sang ; autour de cette trompe, voyez un abcès péri-salpingien. A droite, la trompe est kystique et contient un petit peu de sang. Au résumé, le fait dominant est ici l'existence d'une péri-salpingite suppurée provenant sans doute de l'expression dans le ventre, par l'orifice extérieur de la trompe et sous l'influence du massage, d'une partie du pus que contenait la poche salpingienne. De même, c'est au massage qu'il faut attribuer l'hémorrhagie intra-sacculaire.

M. Bouilly. — J'ai observé tout récemment plusieurs méfaits du massage ; celui-ci peut développer des accidents formidables. Premier cas : femme ayant un sarcôme interutéro-rectal ; massage, hémorrhagie, puis suppuration dans le néoplasme et autour de lui, mort. Deuxième cas : rétroversion simple sans adhérences et sans phénomènes annexiels ; massage, douleurs vives, accidents péritonéaux sérieux, nécessité de garder le lit ; la rétroversion devient douloureuse. Troisième cas : petites lésions ovariennes ; massage : alors les douleurs augmentent considérablement et la malade est obligée de prendre le lit.

On applique le massage à tort et à travers. Il serait bon que nous discutions ici cette question des méfaits du massage. Peut-être a-t-il des indications précises. Pour moi, je les ignore encore, et je ne sais rien des cas où il peut, par ses bienfaits, compenser le mal qu'il fait ailleurs.

M. Lucas-Championnière. — Le massage est fécond en désastres ; dès qu'il existe une lésion des annexes, si légère qu'elle soit, elle est très aggravée par lui. J'ai observé des cas très démonstratifs. En ce qui concerne les bienfaits possibles de ces manœuvres, je suis, je l'avoue, un peu sceptique. Peut-être, y a-t-il des cas favorables, mais j'ai beaucoup de méfiance. En tous

cas, aujourd'hui, on masse sans raison et sans distinction toutes les malades. C'est contre cet abus dangereux que je proteste.

M. Richelot. — Nous avons tous vu ces résultats désastreux du massage gynécologique. Il a cependant quelquefois du bon. J'ai proposé l'autre jour la laparotomie à une femme qui avait des lésions ovaro-salpingiennes importantes. Elle a refusé et s'est fait masser. Alors, les douleurs ont tellement augmenté que la malade s'est décidée de suite à l'intervention proposée.

M. Routier. — Dans mon service vient une dame qui masse quelques malades. Quand ces malades ont des lésions annexielles, si légères qu'elles soient, elles sont prises d'accidents douloureux, et je les opère rapidement. On peut dire du massage qu'il est un vrai moyen de diagnostic : s'il ne fait pas de mal, c'est que l'appareil annexiel est sain ; s'il fait du mal, c'est qu'il ne l'est pas.

M. Pozzi. — Je suis heureux d'avoir attaché le grelot à cette question. Le massage est, en effet, souvent détestable. Je ne comprends pas que M. Doléris ait pu dire que, grâce à lui, on pouvait exprimer dans l'utérus ; par l'ostium utérin, le contenu de la poche salpingienne ; cet orifice est, pour ainsi dire, toujours oblitéré et le pus est sequestré du côté de l'utérus. Si l'on vide la poche, c'est dans le ventre.

M. Monod. — De cette discussion il va ressortir, pour tout lecteur impartial, que le massage est une détestable méthode, toujours condamnable. Or, il est des cas où il donne de bons résultats.

M. Bouilly et **M. Championnière.** — Nous ne disons pas le contraire. Et c'est précisément pour que ces cas soient bien établis et pour qu'on puisse faire un départ entre les malades, que nous avons demandé la discussion. Où et quand le massage peut-il d'abord ne pas faire de mal, ensuite procurer aux malades quelques bénéfices ?

M. Pozzi. — Il est, en matière de salpingite, beaucoup plus grave que la laparotomie.

Pierre Sebileau.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 28 décembre.

Un cas de myxœdème infantile guéri.

M. Lebreton. — J'ai l'honneur de présenter à la Société un cas de myxœdème infantile type, dont l'étiologie est surtout intéressante à retenir.

Le père de l'enfant est un alcoolique invétéré, il a eu des crises de délirium tremens. On peut supposer, d'autre part, qu'il est syphilitique, puisqu'il a dû subir un traitement mercuriel. Le père était en état d'ivresse lorsque l'enfant a été conçu. Quant à la mère, elle est bonne santé. Mais, pendant sa grossesse, elle a eu une vive émotion, ayant été menacée de mort par son mari. L'enfant a eu un grand-père et une grand'mère morts alcooliques. L'autre grand'mère est morte aliénée. En résumé, les antécédents héréditaires que présente cet enfant sont des plus complexes.

Les premiers accidents du myxœdème se sont manifestés chez cet enfant à l'âge de trois ans. Il avait le crâne déformé, le corps incomplètement développé, l'intelligence était nulle, la mémoire faisait complètement défaut.

On m'a présenté cet enfant à l'âge de 13 ans. J'ai alors constaté l'existence de ces symptômes, le corps thyroïde manquait ; j'appris, de plus, que la première dentition s'était faite lentement et que la seconde n'avait pas encore commencé. J'ai aussitôt appliqué le traitement de la façon suivante : J'ai fait prendre chaque jour à l'enfant un lobe de corps thyroïde de mouton que je pris soin de faire frire dans du beurre pour en diminuer la toxicité. L'enfant, à partir du jour suivant, a été dans une continuelle agitation, diurne et nocturne. Cette agitation est allée en décroissant, si bien qu'aujourd'hui elle n'apparait que pendant quelques heures après le repas. On pouvait voir, quinze jours après le traitement, une amélioration déjà sensible chez le petit malade. L'infiltration œdémateuse ne tarda pas à disparaitre, la croissance reprit son cours normal et la seconde dentition commença son évolution. Cet enfant actuellement est donc guéri et la guérison persiste à condition qu'on lui fasse prendre, à intervalles réguliers, son alimentation thyroïdienne compensatrice.

Abcès aréolaire du foie pris pour une pleurésie purulente.

M. Hanot. — On amène un soir dans mon service une malade en proie à des crises de suffocation. Le lendemain, je diagnostique une pleurésie purulente d'origine tuberculeuse. J'avais été porté à faire ce diagnostic par l'existence, chez cette malade, d'une déviation notable de la colonne vertébrale, trace d'un mal de Pott ancien. Je fis donc une ponction et je retirai un liquide purulent contenant des streptocoques en petit nombre et dont la culture demeura stérile. Malgré cette stérilité du pus, je m'en tenais au diagnostic de pleurésie tuberculeuse, à pus stérile, étant donné l'état de la colonne vertébrale.

La malade ne s'améliorant pas, je l'envoyai dans un service de chirurgie. On fit l'empyème trois jours plus tard. Peu après, la malade mourut. A l'autopsie, la plèvre était indemne. Il y avait en revanche un gros abcès aréolaire du foie, et c'est dans cet abcès que j'avais fait la ponction. Cet abcès du foie contenait donc du pus microbien, mais stérile. Ce caractère du pus aurait dû me faire penser à un abcès du foie pendant la vie, mais je répète que je ne me suis pas arrêté à ce diagnostic, devant l'état de la colonne vertébrale de la malade.

Il convient donc d'apporter la plus grande attention, lorsque, par ponction, on retire un pus absolument stérile.

Traitement de la parésie intestinale post-typhoïdique par les courants électriques.

M. Fernet. — Au nom de M. Henri Martin (de Passy) et au mien, j'ai l'honneur de faire connaître à la Société un nouveau traitement de la parésie intestinale post-typhoïdique par les courants continus.

Il y a trente ou quarante ans, les cas de tympanite dus à de la parésie intestinale étaient communs aux cours de la fièvre typhoïde. C'était même un symptôme grave qui amenait le refoulement du diaphragme et pouvait être, par suite de rétention des matières, une cause d'empoisonnement pour le malade. J'en ai vu plusieurs cas. Mon maître Piedagnel avait même fait construire un trocart spécial pour ponctionner l'intestin dans ces cas-là.

Cette tympanite était favorisée par le traitement suivi à cette époque : purgatifs répétés, bouillons, limonade vineuse. Aujourd'hui, grâce aux modifications du traitement, au régime lacté, et à la méthode de Brand, cette tympanite est exceptionnelle. On ne rencontre plus qu'un tympanisme atténué qui est d'ailleurs considéré comme symptomatique de la maladie. Il préoccupe toutefois dans les deux cas suivants, où il revêt une certaine intensité : *a*) chez les typhiques adynamiques, où l'on rencontre la paralysie intestinale au même titre que la paralysie vésicale ; *b*) chez les dyspeptiques de vieille date, où le ballonnement du ventre peut devenir inquiétant. L'intestin est alors parésié, sinon paralysé. Il retient les gaz et les liquides et se laisse distendre comme dans le cas d'une occlusion intestinale.

Contre un tel état, la thérapeutique demeure la plupart du temps impuissante. On n'a guère employé que certains purgatifs drastiques ou cathartiques qui, à mes yeux, ne sont pas sans danger. On a, d'autre part, conseillé les poudres absorbantes, les médicaments nervins destinés à agir sur les fibres lisses. Le résultat a été médiocre. J'en dirai autant des méthodes externes : le massage, l'hydrothérapie et les compresses, qui sont d'ailleurs des procédés dangereux. Il était donc nécessaire de trouver mieux. Tel a été le but de M. Henri Martin, qui a eu l'idée d'exciter les contractions intestinales par l'emploi des courants continus, comme on le fait dans les cas d'obstruction de l'intestin par paralysie de ses fibres. Voici l'observation qui montre les résultats de cette pratique :

Il y a quelques mois, une dame de 35 ans, pâtissière, contracte

une fièvre typhoïde grave, compliquée de broncho-pneumonie. Son employée est prise de la même maladie et des mêmes complications. Celle-ci est soignée, dans mon service, à l'hôpital Beaujon, où le traitement par les bains froids amène rapidement la guérison. Chez la première, les choses ne se passent pas ainsi. La température est élevée. Le thermomètre, après avoir atteint le chiffre de 41°, oscille pendant six jours entre 38°5 et 40°. Il y a, de plus, un vaste foyer de broncho-pneumonie à la base du poumon droit. L'état dyspeptique infectieux reste grave, malgré le traitement qui consiste en bains froids, grogs et régime lacté. Bientôt, cependant, tous les symptômes de la maladie s'atténuent, sauf les symptômes abdominaux.

Dix jours après le début de la maladie, je revois la malade avec M. Henri Martin. A ce moment-là, plus de symptômes thoraciques, amélioration générale. Mais les garde-robes sont suspendues, il y a des vomissements muqueux, un tympanisme notable, le faciès est grippé, les yeux sont excavés.

Était-ce un début de péritonite due à une infection typhique ou à des infections secondaires? Un examen attentif nous permet d'éliminer bien vite cette hypothèse et nous nous arrêtons au diagnostic de parésie intestinale survenue au cours de la fièvre typhoïde, parésie qu'expliquait l'état dyspeptique antérieur de la malade. En même temps, la température était tombée, mais une hémorrhagie utérine concomitante rendait compte de cette hypothermie. Nous traitons cette complication sans résultat. C'est alors que M. H. Martin a recours à l'électricité.

Mais je lui laisse ici la parole pour exposer la méthode qu'il a suivie :

« On a recours à un courant continu de six milliampères. L'un des pôles est placé dans la région lombaire, l'autre est promené le long du trajet du gros intestin, et l'on s'arrête quelques instants dans la région de cæcum. La première séance dure dix minutes. Vingt minutes après, il y a évacuation d'une certaine quantité de matières fécales et de gaz. On continue ainsi pendant six jours, et l'on fait même quelquefois deux séances par jour. Un courant de six milliampères a donc été suffisant pour triompher d'une parésie intestinale jusqu'ici rebelle ».

Je n'ajouterai qu'un mot. Ce traitement a-t-il été déjà employé? Je n'ai pas eu le loisir de le rechercher. Quoi qu'il en soit, l'idée est heureuse, je ne saurais trop la recommander, car ce traitement guérit *cito, tuto et jucunde*, ainsi que le prouve le cas que je viens de rapporter.

M. Ferrand. — Je crois, en effet, que cette méthode est excellente. En favorisant l'évacuation, elle empêche l'infection qui pourrait résulter des fermentations intestinales.

M. Rendu, secrétaire annuel de la Société, donne lecture de son intéressant compte rendu annuel où il résume les principaux travaux de la Société et où il retrace la vie et les œuvres des membres décédés pendant l'année : MM. Quinquaud, Ollivier, Juhel-Rénoy, Labbé et Legroux.

Le bureau de la Société sera ainsi constitué pour l'année 1895 : *Président* : M. Hayem. *Vice-président* : M. D'Heilly. *Secrétaire annuel* : M. Rendu. *Secrétaires des séances* : MM. Siredey et Legendre. *Trésorier* : M. Béclère.

La séance est levée. J. P.

LES LIVRES

L'insomnie et son traitement.

Par Maurice de Fleury, ancien interne des hôpitaux.

Comme l'indique le titre de sa brochure, c'est une double étude, du sommeil et des conditions nécessaires à sa réalisation d'abord, puis des méthodes thérapeutiques qui conviennent spécialement à chacune des causes de l'insomnie, que se livre M. Maurice de Fleury.

La première partie de son travail est une étude psycho-physiologique très ingénieuse du sommeil et de l'insomnie; mais avant d'aborder ce sujet, l'auteur nous laisse entrevoir les conclusions de ses recherches dans un premier chapitre où il traite des inconvénients du traitement de l'insomnie par les médicaments. Brièvement, en quelques mots, il fait le procès des narcotiques habituellement employés. Après une accalmie de quelques heures, le système nerveux s'en accommode mal en fin de compte, et son irritabilité est d'autant plus grande à l'état de veille, que le sommeil a été plus profond pendant la nuit.

L'insomnie étant, selon lui, un phénomène de mécanique cérébrale, les procédés purement dynamiques peuvent être victorieusement appliqués, et il est infiniment préférable d'avoir recours à une hygiène guérissante s'appuyant sur les données de la physiologie et de l'observation clinique, plutôt qu'à une médication dont l'action obscure sur la cellule cérébrale laisse entre autres graves inconvénients, celui d'une accoutumance nécessitant toujours des doses progressives.

Pour M. Maurice de Fleury, les variations de la circulation cérébrale sont un effet, et non une cause. Ces phénomènes secondaires sont subordonnés à un phénomène déterminant, primordial : l'état d'activité ou de repos de la cellule cérébrale. Sous quelles dépendances se trouvent donc ces différents états de la cellule cérébrale? Pour répondre à la question, M. Maurice de Fleury cite plusieurs observations et entr'autres l'observation célèbre, rapportée par Strumpell, d'un jeune malade affecté d'une anesthésie générale, n'ayant plus de communication avec le monde extérieur que par l'œil droit et l'oreille gauche, et chez qui il suffisait, pour provoquer rapidement le sommeil, de lui boucher l'oreille et l'œil, c'est-à-dire de supprimer le stimulus qui lui venait du monde extérieur.

Chez les neurasthéniques, dont les réactions nerveuses sont amples et grossies, on trouve des exemples frappants de ce fait que l'activité cérébrale est en rapport constant avec les impressions de toute nature qui nous viennent du monde extérieur. Celles-ci viennent-elles à disparaître, la vitalité cellulaire disparaît à son tour, le sommeil se produit.

Il faut donc considérer le sommeil comme une sorte d'hypovitalité de la cellule centrale.

Les excitations extérieures perçues par nos organes ne disparaissent qu'en partie pendant le sommeil; leur disparition partielle fait dormir le cerveau, mais celles qui subsistent (froid, chaleur), suffisent à tenir notre bulbe en éveil, le *moi splanchnique* remplace le *moi sensoriel*.

Cette vie bulbaire, qui est celle du sommeil, subsiste donc, il est vrai, mais certaines de ses manifestations sont atténuées; au rétrécissement du champ des sensations, correspond une baisse de la pression à la radiale, coïncidant probablement avec un affaiblissement du myocarde.

Les expériences personnelles de M. Maurice de Fleury l'ont conduit à admettre, qu'à l'état de veille les pressions à la radiale étant chez un sujet normal de 16 à 17 centimètres de mercure celle-ci descendait à 8 et 12 centimètres à l'état de sommeil.

Donc, l'état de sommeil s'accompagne ordinairement d'hypotension artérielle, et il n'est pas compatible avec un certain degré d'hypertension. Par ce fait, qu'en physiologie nerveuse les états physiologiques diamétralement opposés engendrent souvent les mêmes effets, l'hypotension très marquée entraîne l'insomnie au même degré que l'hypertension.

Les insomnies à hypertension seront celles des tumeurs, des méningites, des encéphalites, des intoxications aiguës ou chroniques.

Les insomnies à hypotension seront celles de l'inanition, de la convalescence, de l'anémie, de la neurasthénie, etc., etc. Chacune de ces catégories est justiciable d'une thérapeutique en sens inverse.

S'il s'agit d'une insomnie à hypertension (il ne s'agit pas, bien entendu, des cas dans lesquels il y a irritation directe de la sub-

stance cérébrale (tumeur, méningite), les exercices physiques, et entr'autres, l'usage de la bicyclette, seront du plus heureux effet; le travail intellectuel, surtout le travail matinal, sera un excellent moyen d'apaisement. Le régime alimentaire prescrit sera sobre, le malade dormira la tête haute et se couvrira modérément.

Si l'insomnie coïncide au contraire avec une baisse de la température, c'est aux toniques qu'il faut avoir recours. Les moyens physiques seront les meilleurs : massages, douches, frictions sèches, injections sous-cutanées de liquides inertes, etc. La suralimentation sera indiquée et, contrairement au cas précédent, le malade dormira la tête basse.

Il est presque toujours utile d'ajouter à ce traitement physiologique un traitement psychologique : l'accoutumance au sommeil. Il faut savoir manier l'habitude, dit M. Maurice de Fleury, et en faire un procédé de traitement. On prescrira à ces malades de se coucher de bonne heure, avec interdiction de lire au lit et obligation de s'éveiller de grand matin, et de quitter le lit aussitôt.

Le repos diurne, quand il est compatible avec les occupations, est une bonne chose chez les anémiques et les nerveux. Chez eux, le sommeil appelle le sommeil.

M. Maurice de Fleury consacre à la fin de sa brochure un chapitre à l'insomnie des neurasthésiques. Il y étudie fort bien, l'instabilité artérielle de ces malades, tour à tour en état d'hypo où d'hypertension, et cela, précisément aux heures où l'état inverse serait un état normal. Dans les cas les plus simples, un règlement strict devra être prescrit, le coucher de bonne heure et le lever matinal avec les excitants physiques communément employés, suffiront à régulariser leur pression artérielle inconstante. Dans les cas plus complexes, où les neurasthésiques voient leur sommeil brusquement interrompu par un réveil brusque et tenace, vers minuit ou une heure, c'est-à-dire au moment où leur digestion est terminée, on leur conseillera de manger peu, de ne pas boire d'alcool, de consommer surtout des viandes blanches et des légumes verts. La sobriété du régime, en amenant un moindre écart entre les tensions artérielles de la digestion, et celle qui la suit, assurera, par ce fait, la continuité du sommeil. M. Maurice de Fleury termine son très intéressant travail par cette conclusion, qu'il faut chercher dans les variations de tension artérielle la véritable cause des insomnies, aussi bien chez les neurasthésiques que chez les anémiques, les convalescents et les asystoliques, et qu'à quelques exceptions près, l'emploi des simples agents dynamiques, peut avantageusement remplacer, dans la pratique courante, la thérapeutique médicamenteuse. E. E.

ACTES DE LA FACULTÉ

DU 7 AU 12 JANVIER 1895

EXAMENS

Lundi 7 janvier. — *Médecine opératoire* : MM. Tillaux, Sebileau, Poirier. — 1er (1re série) : MM. Baillon, Weiss, André. — 1er (2e série) : MM. Gautier, Fauconnier, Heim. — 2e Oral (1re partie) : MM. Farabeuf, Retterer, Jalaguier. — 2e (2e partie) : MM. Gley, A. Robin, Déjerine.

Mardi 8 janvier. — *Dissection* : MM. Mathias-Duval, Poirier, Sebileau. — 1er : MM. Baillon, Villejean, Fauconnier. — 3e Oral (1re partie) : MM. Tarnier, Berger, Schwartz. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité : MM. Guyon, Nélaton, Albarran. — 5e (2e partie), Charité : MM. Marie, Hallopeau, Troisier.

Mercredi 9 janvier. — 1er (1re série) : MM. Gabriel, Fauconnier, Heim. — 1er (2e série) : MM. Gautier, Villejean, André. — 2e (2e partie) : MM. Gley, Retterer, Sebileau. — 3e Oral (1re partie) : MM. Terrier, Delbet, Varnier.

Jeudi 10 janvier. — 1er : MM. Pouchet, Fauconnier, Heim. — 3e Oral (1re partie) : MM. Le Dentu, Maygrier, Brun. — 3e (2e partie) : MM. Cornil, Debove, Marfan.

Vendredi 11 janvier. — 1er (1re série) : MM. Baillon, Fauconnier, Weiss. — 1er (2e série) : MM. Gariel, Villejean, Heim. — 2e (2e partie) : MM. Gley, Poirier, Netter. — 3e Oral (1re partie) : MM. Pinard, Marchand, Ricard. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité. — 5e (2e partie), Charité : MM. Potain, Straus, Brissaud.

Samedi 12 janvier. — 1er : MM. Baillon, Fauconnier, André. — 3e (2e partie) : MM. Debove, Hanot, Chantemesse. — 5 (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Duplay, Schwartz, Albarran. — 5e (1re partie), Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Berger, Quénu, Nélaton. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu : MM. Marie, Ballet, Ménétrier. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique d'Accouchements, rue d'Assas : MM. Tarnier, Maygrier, Bar.

THÈSES

Mercredi 9 janvier, à 1 heure. — *M. Bertonnier* : Séméiologie du pouls en clinique chirurgicale. — *M. Grandsire* : Contribution à l'étude des abcès sous-diaphragmatiques d'origine gastro-intestinale. — *M. Crespin* : De l'évolution lente du cancer du gros intestin (côlon, S iliaque, rectum) et de son traitement. — *M. Leloutre* : Etude clinique des ulcérations diathésiques de la cornée.

Jeudi 10 janvier, à 1 heure. — *M. Meurisse* : Syndrôme utérin et manifestations hystériques. — *M. Mignon* : Contribution à l'étude de l'étiologie du syndrôme de Basedow. — *M. Voyer* : De l'action favorable des bains froids dans le traitement de la septicémie puerpérale. — *M. Taintarier* : Etiologie des grossesses extra-utérines.

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

HOPITAUX DE PARIS

Assistance publique.

Sur le rapport du Dr Navarre, le budget de l'Assistance publique pour 1895 a été réglé à 48,525,525 fr. 50.

La subvention municipale pour les dépenses de l'année a été fixée à 20,004,043 fr.

En votant le budget, le Conseil municipal a invité l'administration de l'Assistance publique :

1° A étudier la question de la suppression de Sainte-Périne, si l'équilibre des recettes et des dépenses ne peut être établi;

2° A insister auprès du gouvernement pour obtenir la laïcisation de l'Hôtel-Dieu et de l'hôpital Saint-Louis.

Il a aussi émis le vœu que le conseil de surveillance fut modifié « de manière à donner au Conseil municipal les attributions nécessaires pour lui permettre d'exercer l'action légitime qui lui appartient ».

Hôpital Saint-Louis.

Par décision du Conseil municipal, le laboratoire organisé par la Ville de Paris à l'hôpital Saint-Louis pour les travaux du docteur Quinquaud, sera aménagé dans un autre local à désigner ultérieurement; il sera mis à la disposition des médecins inspecteurs des écoles et des étudiants désireux de faire des recherches sur les affections cutanées infantiles.

NOUVELLES

Conseil supérieur de l'Instruction publique.

Le conseil supérieur de l'Instruction publique s'est réuni sous la présidence de M. Leygues pour examiner les rapports de ses diverses commissions, et a adopté sans modification :

1° Des projets de décrets et d'arrêtés relatifs au certificat d'aptitude de médecin indigène en Algérie;

2° Un projet de décret autorisant les aspirants au doctorat en médecine à subir le troisième examen devant les écoles de plein exercice de médecine et de pharmacie;

3° Un projet de décret déterminant les conditions exigées des établissements libres d'enseignement supérieur dentaire pour la délivrance des inscriptions en vue du diplôme de chirurgien dentiste;

4° Un projet de décret relatif à l'admission aux examens de chirurgien dentiste des aspirants au doctorat en médecine;

5° Un projet de décret modifiant le décret du 25 juillet 1893 relatif aux études pour le diplôme de chirurgien dentiste;

6° Un projet de décret prorogeant l'époque à laquelle peuvent être délivrés les diplômes de bachelier ès sciences et de bachelier de l'enseignement spécial.

Le Dr Behring et le Dr Roux.

Le Dr Behring est actuellement à Paris. Dimanche, il a déjeuné avec le Dr Roux.

Au cours de l'entretien qu'ont eu les deux savants, Behring aurait loyalement déclaré que sans les derniers travaux français sa

66e Année. 9e Série. Tome II — N° 2 — 12 Janvier 1895

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : Dr F. de RANSE — *Rédacteur en chef* : Dr Pierre SEBILEAU

Secrétaire de la Rédaction : M. Em. EMERY

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 28, rue Vignon

BULLETIN CHIRURGICAL

Le bouton de Murphy.

Depuis quelque temps, la Société de Chirurgie ne tient point de séance où il ne soit — peu ou prou — question du manuel opératoire de la gastro-entéro-anastomose. Mon ami Chaput, qui, depuis plusieurs années, s'est signalé par d'intéressantes recherches et tout à fait bien conduites sur les ouvertures chirurgicales et les sutures du tube digestif, a entrepris contre le bouton de Murphy une guerre dans laquelle il apporte beaucoup de ténacité et où il ne s'est pas engagé, du reste, sans un solide armement. A chacune de ses attaques, et non sans succès, mon maître Quénu riposte, en ardent défenseur du bouton de Murphy. Mais la victoire n'est encore à personne et chacun, pour le moment, couche sur ses positions. Voyons, tandis qu'elle n'est pas encore décisive, sur quel terrain s'est engagée la bataille.

Et d'abord pour l'opération. L'application du bouton de Murphy, dit M. Quénu, est beaucoup plus simple, beaucoup plus facile et, surtout, beaucoup plus rapidement menée à bien que l'exécution de la suture à points passés ; enfin, elle expose beaucoup moins le malade aux dangers de l'irruption des matières dans le péritoine. Quand on fait bien la suture, me disait, au contraire, Chaput, il y a quelques semaines — et l'on acquiert vite, à cet égard, une expérience suffisante — l'opération n'est ni plus ardue, ni beaucoup plus longue, ni plus compliquée, ni plus dangereuse. Je crois que, sur ce point, Chaput prêchera dans le désert et ne fera pas nombre de prosélytes. J'ai vu appliquer les deux méthodes ; à plusieurs reprises, j'ai été l'assistant de l'opérateur ; une fois, même, M. Quénu était aidé par Chaput. Eh bien, il n'y a pas de doute. Il est infiniment plus simple et plus rapide d'appliquer le bouton de Murphy que de faire la suture gastro-intestinale. Chaput répond bien, il est vrai : Si vous voulez tenir pour certain qu'il ne reste point, entre les cylindres du bouton et les parois de l'estomac ou de l'intestin, des fissures par où les matières pourront s'engager, il vous faut, par prudence, ajouter à la ligature en bourse quelques fils de sûreté ; et, dès lors, votre grand argument — celui du temps gagné — ne tombe-t-il pas de lui-même ? En vérité, cette mesure de précaution est, je crois, inutile ou, tout au moins, superflue, quand on a bien appris à fixer le bouton de Murphy.

Et les suites opératoires maintenant ? Si vous n'emboîtez pas assez à fond les deux cylindres, dit Chaput, il y a des fuites ; si vous emboîtez trop à fond et si vous serrez trop fort, il y a sphacèle des parois et perforation. Péritonite ou fistule stercorale, voilà le résultat. — D'accord, répond M. Quénu, en ce qui concerne l'insuffisance d'emboîtement : appuyez donc ferme et poussez jusqu'aux derniers crans du bouton. Mais pour le sphacèle consécutif à une constriction trop forte, non.... C'est que vous ne réséquez pas la muqueuse qui dépasse : celle-ci, d'une part, s'oppose au parfait emboîtement des deux cylindres et, d'autre part, infecte la plaie qui suppure et s'ouvre.... Il est difficile de porter sur ces arguments divers un jugement tout à fait sain. Je crois que M. Quénu a raison ; mais il faut bien convenir que Chaput apporte dans la discussion des faits qui, s'ils ne prouvent rien contre le bouton de Murphy parfaitement appliqué, démontrent au moins que cette parfaite application n'est pas chose absolument aisée. Et voilà que du coup s'écroule un des plus solides moyens de défense des partisans du bouton de Murphy : l'opération est très facile.

Mais ce n'est pas tout. Le bouton que vous employez, dit Chaput, a des dimensions supérieures à celles de l'intestin grêle ; ne craignez-vous pas l'obstruction intestinale ? M. Richelot riposte à cela par une spirituelle boutade. Voilà un malade qui rend le bouton de Murphy par l'anus, dit-il, mais on mesure l'intestin grêle, puis on expérimente et on conclut quoi ? Que le bouton ne doit pas passer : le centimètre a raison, mon malade a tort ; il a, en effet, beaucoup d'audace ; j'incline cependant à attacher plus de crédit aux indications qu'il me donne qu'aux conclusions du mathématicien. Mais voilà que pourtant les faits cliniques s'accumulent : tel opéré est mort d'occlusion ; tel autre, un

mois après l'intervention, n'a pas encore expulsé son bouton. Et Chaput est là qui se tient à l'affût...

La vérité est qu'il faut attendre encore. Evidemment, si l'état d'affaissement dans lequel se trouvent la plupart des malades sur lesquels on opère la gastro-entérostomie n'obligeait pas le chirurgien à réduire le schok traumatique au minimum en opérant très vite, il n'y aurait point à hésiter; l'anastomose par suture aurait facilement l'avantage sur le bouton de Murphy, et je ne vois pas quel autre reproche on pourrait lui faire que de créer un orifice soumis, dans quelques cas, au processus de la rétraction et du rétrécissement — inconvénient auquel il serait, d'ailleurs, facile de parer en employant le très joli procédé d'anastomose valvulaire décrit par Chaput —; mais c'est précisément la nécessité où l'on est d'agir à la hâte qui complique la question, et à cet égard il n'y a pas à dire, c'est le bouton de Murphy qui triomphe. Chaput, du reste, n'en est plus à lui refuser cette supériorité, et récemment il disait à la Société de Chirurgie : « Cet appareil est très ingénieux, il abrège notablement la durée des opérations intestinales, et il les rend plus faciles ».

Mais ces avantages ne sont-ils pas compensés, et au delà, par la fréquence d'accidents graves : perforation, fissure, occlusion ? Voilà à quoi se réduit aujourd'hui tout le problème. Seuls, les faits permettront bientôt de le résoudre, et on peut être sans crainte : Chaput ne laissera pas passer, sans les enregistrer, toutes les mésaventures qui arriveront au bouton de Murphy. Si elles s'accumulent, la suture aura gagné sa cause; peut-être même l'aurait-t-elle gagnée déjà, si on pouvait tenir pour certain que les médecins, désormais moins confiants dans la thérapeutique médicamenteuse, appelleront le chirurgien au secours de leurs malades à une période moins avancée de leur incurable affection? P. S.

REVUE CRITIQUE

Le massage gynécologique.

En 1868, un opuscule peu propre à fixer l'attention du monde médical voyait le jour à Paris et dévoilait les mystères de : *La nouvelle méthode gymnastique et magnétique pour le traitement des maladies des organes du bassin et principalement des affections utérines.*

La brochure avait paru en même temps à Stockholm, à la librairie royale de Fritze. L'auteur faisait suivre son nom de ses titres et qualités : major de l'armée suédoise, chevalier de l'Ordre de l'Epée et capitaine au régiment d'infanterie de Skaraborg.

C'est ainsi que Thure Brandt lui-même se présenta au public médical français, et lui livra les premiers secrets de sa méthode, il y a 26 ans environ.

Ce gymnaste militaire et quelque peu médical avait le mérite de la franchise et ne cherchait nullement à en imposer.

Il suffit de parcourir l'opuscule en question pour se convaincre que Thure Brandt avait reçu une éducation scientifique bien fruste et que ses connaissances gynécologiques étaient peu étendues.

La méthode gymnastique est assez brièvement décrite et il ne semble pas que l'auteur ait pratiqué à cette époque des manœuvres internes.

Thure Brandt consacrait un chapitre au traitement magnétique : passes, applications des mains et insufflations. Peut-être sera-t-il bon de citer les quelques lignes qui suivent :

« On place pendant environ 10 secondes la main animée d'une douce chaleur en travers de la partie inférieure du ventre; elles en ressentent un effet tranquillisant et agréable qui se fait sentir de bas en haut. Dans ces conditions, l'on ne devra pas négliger l'application des mains. Ce mouvement amène aussi l'absorption dans le bassin si la main du gymnaste est plus chaude que l'épiderme de la malade ; plus froide, cela attire le sang à l'extérieur ».

Enfin des certificats sont délivrés à l'appui des cures merveilleuses.

« Pour preuve de mon assertion que des engorgements très graves des ovaires peuvent être traités avec succès par cette méthode, je donne un certificat expédié par l'époux d'une de mes malades, laquelle subit une amélioration sensible, quoique son médecin n'ait jamais voulu l'avouer ».

Cette publication avec ses trois illustrations était bien faite pour exciter la méfiance. Les esprits les plus ouverts et les moins prévenus, n'avaient-ils pas le droit d'émettre quelques doutes sur la valeur d'une méthode absolument inconnue et présentée sous une forme aussi peu scientifique?

Il est certain que Thure Brandt avait fort à faire pour compléter son éducation médicale. Il lui était indispensable d'étendre le cercle de ses connaissances gynécologiques un peu rudimentaires. C'est peut-être la cause qui mit obstacle pendant de si longues années à la vulgarisation d'une méthode qui, finalement, a rendu célèbre le major de l'armée suédoise.

Norström fit en 1876 une communication à l'Académie de médecine, sur la méthode de Brandt modifiée. Ce travail n'eut aucun retentissement, mais il est juste de citer le nom de Norström parmi ceux qui tentèrent d'introduire en France une méthode de traitement qui souleva, il faut le reconnaître, une indignation presque universelle.

N'est-ce pas à la Faculté de médecine qu'une thèse sur le massage de l'utérus, inspirée par Norström, fut refusée par un jury, dont le président était un des esprits les plus ouverts, les plus lucides et les plus libéraux de notre Ecole? Et cependant, ce travail écrit consciencieusement, si mes souvenirs sont fidèles, n'avait aucune allure charlatanesque et les conclusions étaient discrètes et fort modérées (1).

Les différentes publications de Norström (*Massage de l'utérus*, 1889. — *Massages dans les affections du voisinage de l'utérus*, 1892) méritent simplement une mention.

On a reproché à cet auteur de s'être écarté de la méthode de Thure Brandt, d'avoir insisté sur le massage proprement dit de l'utérus et d'avoir négligé la partie qui a trait aux mouvements, partie très importante puisqu'elle formait avec le chapitre consacré au magnétisme la base de la méthode exposée en 1868.

L'opinion en France, et on peut dire en Europe, était loin d'être favorable au traitement du gymnaste suédois, quand Profanter, assistant du professeur Schultze, fit connaître, en 1886, les bons résultats du traitement suédois. C'est alors que Thure Brandt se rendit à Iéna à la clinique du professeur Schultze et réussit à obtenir la consécration officielle de la méthode gymnastique appliquée aux maladies des femmes.

Le traitement de Thure Brandt fut dès lors soumis à l'expérimentation vraiment scientifique dans un grand nombre de cliniques gynécologiques en Allemagne et en

(1) Nous n'avons pu retrouver ce travail que nous avons lu il y a plusieurs années. Nous citons donc de mémoire.

Autriche-Hongrie, ainsi que j'ai pu le constater moi-même. En même temps, de nombreuses publications paraissaient dans les pays de langue allemande. Il serait trop long de les énumérer.

Mais la méthode suédoise subissait nécessairement des modifications inhérentes aux tendances individuelles, à des idées préconçues ou aux résultats d'une grande expérience gynécologique. Ce n'est guère que dans le service du professeur Schauta (de Vienne) que le traitement de Thure Brandt est suivi dans toute sa rigueur.

En France, Me Goldspiegel et M. Stapfer firent connaître les manœuvres exécutées par le père de la méthode gymnastique.

⁂

Il est une question préjudicielle qu'il faut trancher sans retard. On a accusé la méthode de Brandt d'être immorale et inconvenante.

Il est certain que certaines figures reproduites dans des ouvrages étrangers peuvent donner naissance à des interprétations fâcheuses. L'aide du masseur a parfois le visage presque collé sur celui de la malade. Ces poses forment des groupes sympathiques qui choquent au premier abord. Mais ce n'est qu'une apparence. Dans la pratique, il sera préférable de se faire assister par une femme qui pourra sans inconvénient se pencher sur la patiente comme il convient pour exécuter certaines manœuvres.

Le massage n'occasionne-t-il jamais aucune sensation voluptueuse à la patiente ? Les adeptes de la méthode de Thure Brandt répondent hardiment : Non. Et de fait, si l'on applique à la lettre le traitement tel qu'il est institué par le célèbre gymnaste, la femme ne peut ressentir aucune excitation génitale. Thure Brandt recommande de placer un seul doigt dans le vagin et les manœuvres actives n'ont lieu qu'à l'extérieur. Dans ces conditions, la malade n'est pas soumise à des frottements capables de réveiller le sens génital. Mais il n'en est pas de même si les doigts, introduits dans le vagin, exécutent des mouvements plus ou moins étendus et prolongés, selon la pratique de quelques masseurs allemands. Prochownick, lui-même, en convient : « Il est possible que le massage provoque chez quelques malades des excitations sensuelles. Mais en ayant soin de toujours masser en présence d'un aide ou d'un assistant, je n'ai jamais observé une pareille excitation ». La précaution est bonne à prendre, mais elle ne suffit pas pour mettre la femme à l'abri de toute sensation voluptueuse. Il y a donc lieu de bien surveiller le visage de la patiente et d'éviter les contacts susceptibles de mettre en éveil l'appétit génital.

⁂

Quelles sont les indications ? A entendre certains spécialistes instruits, toutes les affections gynécologiques ou à peu près (1) seraient justiciables du traitement de Thure Brandt. C'est à peine si l'état aigu et la constatation d'un néoplasme sont regardés comme des contre-indications. On veut bien reconnaître que la présence du pus dans le bassin doit empêcher l'application du traitement.

Mais les gynécologistes de profession qui, comme Prochownick, connaissent les avantages et les dangers du massage, ont acquis une expérience précieuse à plus d'un titre.

La métrite chronique et la subinvolution de l'utérus sont avantageusement traitées par la méthode de Brandt qui, certainement, est d'une grande bénignité dans tous les cas de ce genre. Les simples déviations, et en particulier la rétroversion, peuvent être soumises sans danger au traitement suédois. Mais, s'il s'agit de rétrodéviation avec un peu de prolapsus, causée par le relâchement des ligaments chez des femmes un peu âgées, les résultats obtenus sont loin d'être constamment bons. Ils sont inférieurs à ceux que donnent les manœuvres suédoises dans les cas de prolapsus chez des femmes jeunes qui ont des muscles, des ligaments et des aponévroses capables de réagir.

Les déviations utérines accompagnées d'exsudats inflammatoires sont plus délicates à traiter par le massage, mais quand on réussit à éviter les contre-indications, et, par suite, les dangers, les succès sont nombreux et persistants. L'utérus, détaché de ses adhérences, reprend sa situation normale et il est fréquent de constater la disparition des phénomènes douloureux. Souvent, l'utérus reste en bonne position, surtout si l'on a soin de compléter la cure par le port d'un pessaire pendant quelques mois. J'ai eu pour ma part un succès remarquable dans un cas de ce genre.

La question des exsudats qui fixent l'utérus en mauvaise situation amène à parler du massage dans les inflammations péri-utérines.

Il est incontestable que c'est le point faible et discutable de la méthode de Thure Brandt, parce que le massage peut être dangereux, comme on aura l'occasion de le voir et malgré ce qui a été écrit par les protagonistes du massage. Est-il préférable de s'abstenir dans tous les cas d'inflammation péri-utérine ? Ce serait peut-être plus sage, parce que l'on n'exposerait les malades à aucun risque dû à une erreur de diagnostic. Il faut reconnaître cependant que certains exsudats se résorbent merveilleusement et que beaucoup de malades ont tiré d'énormes bénéfices de la pratique de Brandt.

Aussi a-t-on été amené à faire le départ des inflammations qui étaient avantageusement traitées par le massage de celles qu'il était dangereux de soumettre au traitement de Brandt.

On est arrivé à cette conclusion que la paramétrite guérissait bien, et sans faire courir trop de risques à la patiente, tandis que dans la périmétrite les résultats thérapeutiques étaient bien inférieurs et les dangers plus considérables.

Certains gynécologistes sont allés plus loin et ont affirmé que la paramétrite post-puerpérale était celle qui était susceptible de donner les guérisons les plus constantes.

Par contre, les périmétrites d'origine gonococcienne étaient celles qui exposaient le plus les malades à des complications. On en concluait naturellement qu'il fallait être très réservé dans les cas de ce genre. La raison est bien connue.

La discussion de la paramétrite et de la périmétrite est encore ouverte et il est inutile de la soulever ici (1). L'on peut dire qu'il ne faut pas faire usage du massage toutes les fois que l'on sent les trompes nettement augmentées de volume, même quand l'apyrexie est complète, même quand la lésion est de date sûrement ancienne. Il me semble que l'on pourra se décider à appliquer la méthode de Brandt si l'exsudat est circonscrit, bien limité, pas trop vo-

(1) Simples troubles fonctionnels, déviations organiques, déplacements de l'utérus et de ses annexes, prolapsus, versions, flexions, adhérences, brièveté, contractures des ligaments, exsudats péri et paramétritiques, lymphatiques et sanguins, inflammations chroniques et subaigues du parenchyme et de la muqueuse, du corps et du col, formes multiples de la métrite et ses conséquences, leucorrhée, hémorragies, fongosités et ulcères, inflammations chroniques et subaiguës des ovaires et des trompes, oophorites, périoophorites et salpingites ; enfin tout ce que l'on peut réunir sous le nom de misère gynécologique. (Stapfer.)

(1) Je crois pour ma part à l'existence autonome de la paramétrite.

lumineux et si le début de la lésion remonte à plusieurs mois.

Quant aux hémorrhagies pelviennes, elles ont été englobées dans le chapitre des indications, mais à condition qu'elles datent de plusieurs semaines (6 au minimum) et qu'il n'y ait plus l'ombre de réaction. Peut-être faut-il être encore plus réservé dans les cas de ce genre. On ne doit pas oublier que l'hématocèle est le plus souvent produite par la rupture d'une grossesse tubaire et qu'une certaine prudence est tout indiquée dans les grossesses ectopiques rupturées.

Le massage peut être indiqué dans l'aménorrhée. Enfin, les névralgies pelviennes (?) ont été soulagées et parfois même guéries par la méthode de Brandt.

Les contre-indications peuvent être aisément déduites de l'exposé qui vient d'être fait.

Quoi qu'en dise Thure Brandt, je crois, avec un certain nombre d'auteurs, que l'on doit proscrire le massage pendant la période menstruelle.

Un état aigu, constaté dans la zône génitale, est une contre-indication qui, à mon humble avis, ne doit souffrir aucune exception. L'exploration thermique devra donc précéder tout massage. Il est certain qu'on ne pensera guère à appliquer la méthode de Thure Brandt dans le cours d'une maladie aiguë quelconque (pneumonie, fièvre typhoïde) ou d'une maladie générale (diabète, etc.).

La grossesse, la tuberculose, les néoplasmes bénins ou malins, les tumeurs liquides du petit bassin et surtout le pyosalpinx doivent être rangés dans le chapitre des contre-indications. Toutes les fois que l'on soupçonnera l'existence du pus dans toute la zône génitale, on s'abstiendra soigneusement et scrupuleusement de pratiquer la méthode de Thure Brandt, même sous sa forme la plus douce, la plus bénigne, la plus insignifiante en apparence.

⁂

Tous ceux qui ont eu l'occasion d'écrire sur la méthode de Thure Brandt ont proclamé la nécessité de faire un diagnostic rigoureux avant d'instituer tout traitement. « Pas de traitement sans un diagnostic complet. » « Le point le plus important de la méthode de Brandt, c'est le diagnostic ». « La condition la plus importante du massage est un diagnostic exact de la maladie ».

Ceux qui proclament que la méthode est exempte de tout danger ne sont-ils pas les premiers à insister sur l'importance du diagnostic? C'est qu'en réalité une erreur de diagnostic peut entraîner les conséquences les plus graves. Prochownick et d'autres gynécologistes ont signalé des cas de mort à la suite de rupture de pyosalpingite et des accidents très graves, très inquiétants, imputables sans conteste au massage.

Aussi est-il bon, dans certains cas difficiles, de soumettre la malade à la narcose pour bien déterminer la nature, le siège et l'étendue des lésions avant de pratiquer le massage. Je sais que certains masseurs spécialistes s'élèvent contre cette pratique qu'ils trouvent au moins inutile, parce qu'ils ont la prétention de reconnaître la localisation des moindres lésions, de différencier les ligaments, l'ovaire et la trompe augmentés ou non de volume, etc.; bref, de faire un diagnostic complet sans avoir recours au chloroforme ou à l'éther.

Il faut se méfier des assertions semblables. La première condition pour être apte à pratiquer le massage, ce n'est pas d'avoir les doigts plus ou moins longs (1) ou de savoir faire exécuter le grand écart à l'index gauche, c'est d'être un gynécologiste de profession, un opérateur rompu aux difficultés de la pratique et qui a eu maintes fois l'occasion de rectifier ses erreurs de diagnostic par l'exploration directe de la cavité pelvienne au cours de la cœliotomie.

J'avoue ma perplexité et mes doutes, quand j'entends affirmer la supériorité du toucher vaginal avec un seul doigt sur le toucher avec l'index et le médius. « S'ils (les médecins) emploient la méthode commune, ils gagnent moins en réalité qu'en apparence, parce que la flexion énergique isolée du petit doigt et de l'annulaire est plus difficile à maintenir que la flexion du petit doigt, de l'annulaire et du médius réunis, et, en tous cas, l'effort nécessaire et *le fait seul de la réunion des deux doigts enlèvent au tact de sa finesse*. De plus, comme le fait remarquer Brandt, avec deux doigts on élargit le vagin, et à travers sa route tendue les sensations perçues sont moins nettes ». C'est ainsi que M. Stapfer s'exprime. Je crois qu'il est inutile de réfuter une pareille théorie. Le toucher bi-digital a fait ses preuves et sa supériorité n'est plus à démontrer.

Prochownick écrit: « Lorsqu'il s'agit d'une méthode mécanique de traitement, comme l'est le massage, les fautes peuvent dépendre soit d'une exécution imparfaite du procédé, soit d'une indication fausse, résultat d'un diagnostic imparfait. Or, il est rare que les fautes dépendent des procédés maladroits ou brutaux dans l'application du massage, même quand ce massage est fait par des personnes peu exercées, tandis que le plus souvent elle dépend d'un diagnostic imparfait... C'est une constatation vraie et instructive qui doit nous engager à rechercher plutôt dans le diagnostic que dans la technique la cause des mauvais résultats que nous pouvons observer ».

La méthode de Thure Brandt est d'une efficacité incontestable dans un certain nombre de cas, qu'il reste à déterminer exactement. Sans se laisser aller à un enthousiasme irréfléchi, on devra désormais bannir l'hostilité avec laquelle on avait accueilli en France la méthode de Thure Brandt. L'expérience a déjà démontré que le traitement gymnastique est un moyen sérieux et digne de rentrer définitivement dans la thérapeutique des maladies des femmes. Il serait nécessaire que le massage de l'utérus reçût en France une sanction officielle. Au lieu d'en permettre l'application dans l'ombre, sauf à le condamner du haut de la tribune et presque solennellement quand un échec ou un malheur vient à se produire, les gynécologistes autorisés devraient se prononcer sur les indications du traitement de Thure Brandt. R. Pichevin.

(1) « Inutile de songer à pratiquer le traitement quand on a des doigts courts et c'est ce qui fait l'infériorité de la plupart des femmes. » Mais l'opérateur femme de répondre: « Avec de très petits doigts on peut obtenir tout ce que l'on veut. »

A L'ÉTRANGER

ANGLETERRE

Laparotomie pour un ulcère perforant du duodénum.

M. Marmaduke-Sheild a fait à la Société médicale de Londres (*The Lancet*, 27 octobre 1894) une communication sur les ulcérations du duodénum et, en particulier, sur l'ulcère perforant de cette partie du tube intestinal. Il a rapporté deux cas dans lesquels il a dû faire la laparotomie en présence des symptômes abdominaux aigus que présentaient les jeunes gens atteints de cette affection. Mais ce n'étaient pas là les premières observations de ce genre, faites devant la Société, à laquelle M. Lochwood a rapporté, l'an dernier, plusieurs faits semblables.

M. Sheild démontre que l'ulcération du duodénum, par suite de brûlure, est due à une destruction septique des vaisseaux du duodénum, laquelle permet au suc gastrique de venir agir sur les portions d'intestin ainsi privées de vaisseaux.

L'ulcère du duodénum, consécutif à une brûlure, est rare à notre

époque, grâce aux soins avec lesquels on emploie les antiseptiques. Les causes qui prédisposent à l'ulcération du duodénum sont surtout l'albuminurie chronique, la tuberculose et le cancer. Quant à l'ulcère du duodénum considéré comme latent, on démontre qu'il apparaît plus communément chez l'homme que chez la femme, et qu'il est généralement situé à la face antérieure de la première portion du duodénum. On ne peut donner aucune explication de ce fait intéressant en dehors de cette possibilité que, quand les ulcères se présentent à la face postérieure du duodénum, ils peuvent guérir, tandis que, lorsqu'ils se présentent sur le front du duodénum, qui n'est pas soutenu, ils ont coutume de perforer la paroi intestinale.

M. Arthur Latham a ajouté beaucoup d'observations à la communication de M. Sheild, avec lequel il a revu les cas de perforation intestinale survenus à *Saint-Georges Hospital*, pendant les trente et une dernières années. Sur 8,192 autopsies, il y a eu 112 cas de mort par perforation intestinale, dont douze cas sont dus à la perforation du duodénum. Sur ces douze cas, deux ont été rencontrés chez la femme, dix ont été rencontrés chez l'homme, et neuf fois l'ulcération siégeait à la face antérieure du duodénum. Quant aux ulcérations non perforées, voici comment elles se présentaient : sept fois l'ulcération était peu importante et plutôt le fait d'une congestion ; six fois, l'ulcération était associée à une maladie du rein ; deux fois à la tuberculose ; une fois à un cancer ; deux fois à un squirre du pancréas, et cinq fois elle n'offrait pas de cause bien évidente.

La symptomatologie et le diagnostic ensuite considérés montrent dans beaucoup de cas la ressemblance de cette affection avec les coliques et l'obstruction intestinale, tandis que, dans des cas de collapsus et de mort subite, on a été conduit à penser à une mort par empoisonnement. On attribuait une grande importance aux symptômes primitivement épigastriques, ainsi qu'à l'absence d'odeur fécale pour le liquide ou les gaz contenus dans la cavité péritonéale. La réaction au papier de tournesol montrait que ce liquide était acide, mais cette réaction n'était pas constante puisque le liquide péritonéal neutralise le contenu de l'estomac et du duodénum.

Finalement, les auteurs envisagent le lieu de l'incision exploratrice et critiquent les méthodes que l'on a proposées pour découvrir la perforation et voici, en définitive, les conclusions générales auxquelles ils arrivent :

1° L'ulcère du duodénum est une affection rare et beaucoup plus commune chez les jeunes hommes adultes que chez les femmes.

2° Dans un nombre considérable de cas, les premiers symptômes siégeaient dans la région épigastrique ou dans l'hypochondre droit, mais il y avait eu dans les antécédents du malade des troubles épigastriques.

3° Dans un cas de péritonite par perforation qui apparaît tout à coup chez un homme, s'il n'y a pas de symptômes très nets permettant d'incriminer l'appendice vermiforme, le chirurgien doit penser tout de suite au duodénum où il trouvera le plus généralement une lésion, à l'autopsie.

L'absence de gaz et d'odeur fécale dans le contenu de l'abdomen indique une lésion du duodénum ou de l'estomac. L'acidité de ce contenu conduit à la même conclusion. Une petite incision exploratrice faite au-dessous de l'ombilic permettra d'en éclaircir la nature.

4° Le succès de l'avenir consiste à laver souvent la cavité péritonéale avec de l'eau chaude et à drainer le cul-de-sac pelvien.

BELGIQUE

Traitement de la tuberculose pulmonaire.

Cette question, dont la solution est encore loin d'être trouvée, a déjà donné lieu à de nombreux travaux dont il ne reste plus grand chose aujourd'hui. Le mode de traitement que nous propose **M. Crocq** (*Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique*, 1894, n° 7) est-il meilleur que les autres ? Sans rien pouvoir affirmer à ce sujet, nous croyons devoir indiquer la thérapeutique que cet auteur préconise, vu l'importance toujours croissante de tout ce qui touche à la tuberculose.

Après avoir constaté le peu d'efficacité des antiseptiques et même de la créosote, en qui M. Crocq n'a guère plus de confiance qu'en la tuberculine de Koch, l'auteur dit avoir obtenu de bons résultats avec le nitrate d'argent. Ce nitrate d'argent, que l'on administre à la dose de un à cinq centigrammes par jour, peut être employé seul ou être associé avec l'opium, l'ergotine, le colombo, la gentiane, la strychnine. De plus, l'auteur ajoute que l'on peut le prescrire indifféremment en solution, en pilules ou en poudre. Après l'administration de ce médicament, il se produirait différents phénomènes de haute importance : l'appétit fait des progrès, la toux et l'expectoration au contraire diminuent de fréquence et d'abondance, la respiration se fait avec plus de facilité, les aliments se digèrent mieux. Il y a évidemment là une amélioration des symptômes, mais jusqu'où va cette amélioration ? C'est ce que l'absence d'observations ne permet pas de constater. Quels que soient les résultats obtenus, il faut toujours savoir gré de leurs efforts à ceux qui se sont attaqués à la tuberculose pulmonaire, car ils contribuent tous pour leur part à apporter la lumière dans cette question.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 9 janvier. — Présidence de M. Lucas-Championnière.

Autoplastie avec soutènement du lambeau par un trépied métallique inter-cutanéo-muqueux.

Ainsi que nous l'annoncions dans notre avant-dernier compte rendu, la discussion sur la réparation des difformités nasales a commencé mercredi au sein de la Société de Chirurgie. Voici d'abord la communication que M. Chaput a lue, il y a quelques jours déjà, et qu'intentionnellement nous n'avons pas encore publiée (Voir notre numéro du 25 décembre).

M. Chaput. — La réparation des difformités nasales est relativement facile lorsque le squelette ostéo-cartilagineux persiste dans son intégrité, mais, lorsque le squelette nasal est affaissé, les difficultés sont des plus grandes. On peut, à la rigueur, employer un lambeau frontal doublé d'une plaque osseuse empruntée aux os du crâne, sans qu'il soit cependant possible, avec ce procédé, d'obtenir une réparation régulière. M. Martin (de Lyon) a imaginé de soutenir les lambeaux à l'aide d'un trépied métallique implanté sur le squelette ; mais, si les résultats immédiats sont fort beaux, il n'en est pas de même des résultats éloignés, le trépied métallique s'infectant par l'exposition à l'air et provoquant à la longue de la suppuration, qui aboutit à son élimination. Nous en avons vu un exemple chez un malade opéré par la méthode de M. Martin, et les opérés de M. Delorme nous fournissent la même démonstration.

J'ai pensé que, pour rendre parfait le procédé de M. Martin, il suffirait de placer le trépied métallique dans l'épaisseur même des tissus, de façon à le protéger contre les infections extérieures, et, dans la dernière séance, je vous ai montré une malade chez laquelle j'avais réalisé cette prothèse métallique *inter-cutanéo-muqueuse*.

Lorsque la peau de la région nasale est intacte, je propose d'encadrer le nez par une incision en U, à concavité inférieure, dont les extrémités inférieures correspondent au bord inférieur des ailes du nez ; on dissèque ensuite et on rabat le lambeau ainsi limité, en ayant bien soin de ne pas intéresser la muqueuse des fosses nasales pendant cette libération.

On procède ensuite au forage des trous qui doivent recevoir le

trépied métallique. Un premier trou est pratiqué au niveau de l'épine nasale du frontal; deux autres sont forés sur les maxillaires supérieurs, un peu en dehors des ailes du nez. Pour que la perforation ne comprenne pas la muqueuse nasale, il est indispensable de décoller celle-ci à la rugine sur la face interne du maxillaire, dans une étendue d'un centimètre environ.

Les extrémités du trépied étant introduites dans ces orifices, on relève au-dessus de lui le lambeau cutané en le ramenant à sa position première, et on le suture au crin de Florence.

L'appareil, qui sera avantageusement construit en argent doré, semble devoir être, dans ces conditions, indéfiniment toléré. J'ai suivi deux malades que j'ai opérées de cette façon, l'une il y a quinze mois, l'autre il y a dix mois, et je n'ai pas observé le moindre accident, bien que chez l'une d'elles une suppuration partie du sac lacrymal ait exposé pendant quelque temps un des bords de l'appareil.

Lorsque la peau de la région nasale fait défaut, il faut procéder d'une manière différente pour placer le trépied entre deux plans de lambeaux. M. le professeur Duplay nous a montré dans son service un homme chez lequel un coup de feu a détruit le nez, la lèvre supérieure et la partie interne des maxillaires ainsi que la voûte palatine osseuse. Voici comment il conviendra de procéder dans ce cas : après avoir fait, dans un premier temps, le débridement nécessaire pour reconstituer la lèvre supérieure, on prendra sur les joues deux lambeaux quadrilatères qui seront suturés l'un à l'autre sur la ligne médiane, épiderme en dedans et face cruentée en dehors, puis, quelques jours après, on avivera à la curette la face cruentée des lambeaux, on mettra en place le trépied métallique et on le recouvrira par un grand lambeau frontal avec lequel on formera, en outre, la sous-cloison.

M. Delorme (du Val-de-Grâce). — Je ne partage pas la confiance de M. Chaput dans l'application du trépied métallique. Certes, les opérations sont trop rares encore pour qu'on puisse porter sur ses avantages ou ses inconvénients un jugement définitif; il n'a guère, en effet, été employé que quatorze fois. Mais, personnellement, je l'ai appliqué sur trois malades et les résultats qu'il m'a donnés ne sont pas très encourageants.

Dans un cas, il y a eu intolérance absolue des tissus vis-à-vis le trépied métallique, intolérance résultant du déplacement de l'appareil; dans un autre cas, il y a eu intolérance relative; dans un troisième, enfin, il y a eu tolérance complète, mais couverture insuffisante. Au total, un succès relatif et deux insuccès complets. Ce n'est pas brillant. Je sais bien que la méthode est perfectible et qu'elle n'a pas dit son dernier mot. Peut-être les résultats seront-ils meilleurs désormais? Voici, en tout cas, quelques remarques qui me sont suggérées par l'étude des trois cas que j'ai pu suivre.

M. Chaput dit qu'il suffit, pour fixer le trépied par en bas, d'inciser le cul-de-sac gingivo-labial; or, j'ai dû inciser l'épaisseur tout entière de la lèvre; à la cicatrice frontale se joint donc encore une cicatrice labiale.

Le trépied n'est pas toujours facile à fixer en haut; à la suite d'un traumatisme, sur des os qui ont changé de place ou qui sont frappés d'ostéite, sur un maxillaire dont la résistance est très diminuée, l'application de l'appareil est difficile et il n'est pas aisé de le maintenir en place.

Il n'est pas toujours simple, non plus, de trouver l'étoffe cutanée nécessaire pour recouvrir le trépied. Les parties molles, quand il s'agit de traumatismes, ne sont pas toujours souples; souvent, on les trouve indurées, rétractées, difficiles à modeler; il n'y a pas de téguments sur la face dorsale du nez et si on veut en prendre sur la joue, au delà du sillon naso-génien, on défigure considérablement le malade. Dans ces cas, il ne reste plus qu'une ressource : faire l'autoplastie par la méthode italienne, et celle-ci est féconde en déboires. Aussi suis-je persuadé que dans quelques cas, on doit retirer un grand bénéfice du traitement préalable de la peau du nez (massage, assouplissement, débridement); par ces moyens on doit pouvoir trouver quelquefois de l'étoffe là où il serait impossible d'en prendre, si on ne les employait pas.

Au résumé, je le répète, j'ai moins de confiance que M. Chaput; je ne crois ni le procédé aussi facile à exécuter qu'il l'a dit, ni les lambeaux aussi à l'abri de l'infection. Je ne fais pas non plus aussi bon marché que lui d'une cicatrice portant sur la racine du nez, tout près des voies lacrymales. Peut-être la méthode sera-t-elle heureusement perfectionnée. Elle est, aujourd'hui encore, très défectueuse.

M. Chaput. — J'accorde à M. Delorme que ses malades ne sont pas beaux et que les résultats qu'il a obtenus chez eux ne sont pas encourageants. Mais ils ne démontrent rien contre la modification que j'ai fait subir au procédé de Martin; les malades que j'ai montrés ici en disent, à cet égard, assez long. Parmi les reproches que M. Delorme adresse au trépied métallique, j'ai cru entendre qu'il y avait inconvénient, pour fixer l'appareil, à traverser le sinus maxillaire et le sinus frontal. Or, on n'entre ni dans l'un, ni dans l'autre, si l'on sait prendre quelques précautions. D'abord, on applique les vis sur une partie de l'os relativement éloignée du sinus maxillaire; quant au sinus frontal, pour ne pas l'ouvrir, il suffit de ne pas trop enfoncer les vis qui maintiennent le trépied.

Trois cas de grossesse extra-utérine.

M. Potherat lit trois observations de grossesse extra-utérine traitée par l'hystérectomie vaginale ou la laparotomie. (Travail renvoyé à une commission dont M. Picqué sera le rapporteur.)

Pierre Sebileau.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 décembre.

Gangrène des doigts à la suite de pansements phéniqués.

M. Laugier relate trois cas de gangrène d'un doigt survenue à la suite de l'enveloppement prolongé dans un pansement phéniqué. Les malades avaient fait usage, dans ces trois cas, l'un d'une solution de phénate de soude à 1 0/0, les deux autres d'une solution d'acide phénique à 1/50e. Aucun d'eux ne présentait de prédisposition pathologique à la gangrène.

Donc, l'enveloppement plus ou moins prolongé d'un doigt dans un pansement imbibé d'une solution phéniquée faible à 1/50e et même à 1 0/0 peut exercer une action caustique assez intense pour produire la gangrène partielle ou totale de ce doigt, et cela à tous les âges, sans distinction de sexe et en dehors des cas d'albuminurie, de diabète, d'alcoolisme ou d'endartérite.

Cette action nocive de l'acide phénique doit être connue, non seulement des médecins, mais aussi des pharmaciens. Il serait bon, en conséquence, de recommander à ces derniers de ne jamais délivrer, sans ordonnance médicale, de solutions phéniquées à 1 0/00 et même à 1/2000e et de n'avoir recours qu'à la solution boriquée quand les circonstances les obligent à faire un pansement.

Séance du 8 janvier.

De la première constatation de la transmission des propriétés immunisantes et curatives par le sang des animaux immunisés.

M. Cornil donne lecture d'une lettre de M. Babès (de Bucharest) dans laquelle cet auteur revendique la priorité de la découverte de l'action immunisante du sang des animaux préalablement rendus réfractaires à une maladie infectieuse.

Nous réclamons comme notre découverte, dit M. Babès :

1° Que l'on peut transmettre aux animaux susceptibles l'immunité vis-à-vis d'une maladie infectieuse, au moyen du sang des animaux fortement immunisés contre cette infection ;

2° Que cette méthode empêche l'éclosion de la maladie même chez les animaux auxquels le virus a été inoculé antérieurement au traitement d'une manière effective.

La séance est levée et l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Magnan sur les titres des candidats à la place vacante dans la section d'hygiène publique, médecine légale et police médicale. La liste de présentation a été dressée ainsi qu'il suit : *En première ligne*, M. Motet ; *en seconde ligne*, M. Napias ; *en troisième ligne et ex æquo*, MM. Du Cazal, Laugier, Le Roy des Barres et A.-J. Martin.

J. P.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séances des 24 et 31 décembre.

Conditions de propagation de la fièvre typhoïde, du choléra et du typhus exanthématique.

M. Renard montre, d'après les observations des médecins militaires, que les troupes casernées et abreuvées en eau de source ou en eau potable, préalablement filtrée avec l'appareil Chamberland, sont en partie immunisées contre la fièvre typhoïde. Grâce aux mesures prises, en cinq années la mortalité annuelle est tombée de douze cents à quatre cents et ce ne sont guère que les soldats vivant au dehors, tels que les ordonnances d'officiers qui succombent à cette infection.

D'autre part, dans la région du Nord, c'est surtout pendant les manœuvres, alors que les soldats boivent de l'eau de puits, de ruisseau ou de mare, que quelques-uns d'entre eux sont atteints. On peut en dire autant pour le choléra.

Quant au typhus exanthématique, il se propage différemment. Il a été transporté en Bretagne par les mendiants et les chemineaux et ce sont ceux qui étaient en rapport avec eux, les gendarmes, les gardiens de prisons, les sœurs, que l'on a vus seuls atteints de ce mal. Les militaires n'en ont présenté aucun cas.

Circulation de la lymphe dans les petits troncs lymphatiques.

M. Ranvier dans une expérience absolument nouvelle montre que la circulation dans les troncules lymphatiques est très active.

Il a pratiqué dans ce but des injections d'une solution de bleu de Prusse dans l'oreille d'un lapin. Le réseau lymphatique se dessine aussitôt l'injection. Trois minutes après il a disparu. Pour obtenir cette disparition, il a fallu qu'une grande quantité de lymphe ait le temps de passer dans les troncules lymphatiques, et ce fait seul témoigne de la grande activité de la circulation lymphatique.

J. P.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 29 décembre.

Le pneumocoque associé au staphylocoque doré.

M. E. Mosny. — On sait que, dans la pneumonie, le pneumocoque est souvent associé à d'autres microbes : staphylocoque pyogène doré, pneumo-bacille de Friedlander, streptocoque pyogène. J'ai recherché quelle influence le staphylocoque doré pouvait exercer sur le pneumocoque, dans le cours d'un processus pneumonique. Pour ces expériences, j'ai employé un staphylocoque pyogène doré, isolé d'un foyer de pneumonie franche, de virulence relativement faible. Le pneumocoque qui m'a servi a aussi été isolé d'un foyer de pneumonie, et sa virulence est aussi très faible.

J'ai associé le staphylocoque au pneumocoque à doses égales, et j'ai inoculé ces deux cultures au lapin, simultanément ou successivement, au même point ou à des points différents. Les résultats, d'ailleurs, ont toujours été les mêmes.

La virulence du pneumocoque a toujours été exaltée, surtout quand les deux inoculations ont été simultanées et faites à distance, par exemple à chacune des deux cuisses. Le lapin, dans ces conditions, a été tué en un jour. Si, au contraire, l'inoculation simultanée était faite au même point, les résultats étaient tout autres : dans le sang, l'inoculation tuait le lapin en trois jours sous la peau, en quatre jours.

Dans les cas d'inoculations successives, le staphylocoque étant inoculé vingt-quatre heures après le pneumocoque, la virulence du pneumocoque a été exaltée dans des proportions bien moindres, puisque les lapins sont morts vingt-quatre heures plus tard que dans les expériences précédentes, toutes choses égales d'ailleurs.

Le pneumocoque a toujours été retrouvé à l'état de pureté dans le sang du cœur, mais le staphylocoque doré n'y a jamais été rencontré, même quand staphylocoques et pneumocoques avaient été inoculés par voie intraveineuse. Le staphylocoque ne se voyait que dans les abcès miliaires du rein, d'ailleurs constants. De plus, les deux espèces de microbes se trouvaient aussi au point d'inoculation.

Aussi, ce n'est pas le staphylocoque qui semble exalter la virulence du pneumocoque, mais bien sa toxine, ainsi que paraissent le prouver les différentes expériences que j'ai entreprises à ce sujet.

Influence des injections de suc thyroïdien sur la nutrition.

M. Charrin. — Les extraits de corps thyroïde peuvent être employés pour modifier l'obésité ; ainsi, M. Roger et moi, nous avons constaté que des animaux à qui nous injections 0 gr. 50 à 0 gr. 75 de suc thyroïdien pendant quelque temps maigrissaient notablement.

J'ai employé ce procédé comme mode de traitement chez un malade qui présentait une adiposité généralisée. Il a absorbé par voie stomacale et par voie sous cutanée à peu près 1 gramme de suc thyroïdien et, au bout de trois mois, son poids était tombé de 133 kilogrammes à 115.

Lorsque l'on suspendait le traitement, l'amaigrissement cessait et reprenait avec les injections, pour atteindre 50 à 130 grammes par jour. Arrivée à un certain degré, cette diminution de poids a semblé n'être plus que très peu accentuée.

Ce fait n'est d'ailleurs pas isolé ; cependant, dans certains cas, le poids ne variait nullement.

Ces résultats différents sont peut-être dus à ce que le traitement est insuffisant, à ce que toutes les obésités ne sont pas de même nature, enfin, peut-être, à ce que la substance employée n'est pas toujours exactement vérifiée.

Les obèses non myxœdémateux soumis au traitement thyroïdien n'ont présenté aucun signe de maladie de Basedow, ce qui est peut-être dû à ce que l'on a surveillé le traitement de très près.

Cirrhose tuberculeuse expérimentale.

MM. Widal et **F. Bezançon.** — Nous avons obtenu une cirrhose tuberculeuse expérimentale chez le cobaye par inoculation de tuberculose humaine dans les circonstances suivantes : le 20 juin dernier, nous avons inoculé dans le péritoine d'un cobaye du pus provenant d'un abcès froid. L'animal n'est mort que le 28 septembre, c'est-à-dire plus de trois mois après l'inoculation.

A l'autopsie, nous avons constaté des lésions tuberculeuses des poumons, des ganglions du médiastin, de l'épiploon, et surtout du foie, de la rate et des reins.

Le foie, à la coupe, apparaît sillonné de grandes bandes scléreuses aux espaces portes et aux fissures de Kiernan. Ces bandes s'unissent par des anastomoses irrégulières. Les veines sus-hépatiques sont normales et leurs parois ne sont pas entourées de sclérose. En certains points, la cirrhose devient même intralobulaire, et de légères bandes pénètrent entre les cellules hépatiques.

Selon les points considérés, le processus est à des stades variables et l'on voit même des follicules tuberculeux non caséifiés au milieu du tissu sclérosé jeune ou adulte.

Les vaisseaux biliaires sont souvent dilatés et ne présentent qu'une légère desquamation épithéliale à certains endroits. Les veines portes, les artères hépatiques ne sont pas modifiées; il n'y a ni endartérite ni endophlébite porte. Comme les lésions péritonéales tuberculeuses sont très importantes, on peut se demander si les lésions scléreuses n'ont pas une origine capsulaire.

Le lobule hépatique est un peu altéré à sa périphérie, mais normal à son centre. La veine sus-hépatique intralobulaire n'est pas altérée, mais gorgée de sang, comme les capillaires qui en partent.

Les cellules hépatiques, normales en général, sont souvent atrophiées à la région centrale et renferment de grosses gouttelettes graisseuses.

Le processus de sclérose se voit aussi au niveau de la rate et des reins. Par conséquent, cette cirrhose tuberculeuse expérimentale s'est généralisée; mais, ce qui est aussi fort intéressant, c'est qu'elle a été causée par de la tuberculose humaine de faible virulence. MM. Hanot et Gilbert ont déjà dit que la cirrhose hépatique expérimentale peut être considérée comme due à une virulence insuffisante des bacilles pour l'espèce sur laquelle on expérimente.

Toxicité urinaire dans la variole.

MM. Auché et **Jonchères** (de Bordeaux). — La toxicité urinaire dans la variole discrète reste à peu près normale pendant le stade d'éruption, mais diminue quelquefois beaucoup pendant la fièvre de suppuration. Quand arrive la défervescence, elle augmente très notablement pour redescendre à la normale après un à trois jours. Souvent alors, il y a une décharge urotoxique correspondant à une crise urinaire.

Quand des complications fébriles viennent aggraver la convalescence, la toxicité urinaire diminue de nouveau, et se remet à augmenter lors de la chute de la température.

Lorsqu'il s'agit d'une variole hémorrhagique d'emblée, la courbe et la toxicité urinaires baissent jusqu'au moment de la mort.

Tension normale des liquides labyrintbique et céphalo-rachidien.

M. Bonnier. — Quand les récipients épendymo ventriculaires sous-arachnoïdiens et périlymphatiques communiquent, la tension y est uniforme. De plus, il est à supposer, il faut même admettre que l'endolymphe fait équilibre à la périlymphe à l'état normal. Donc dans les quatre réservoirs la tension est uniforme. Cette tension doit faire équilibre à la pression extérieure et varier avec elle.

Hémoglobinurie infectieuse.

M. Lion cite le cas d'un malade atteint d'hémoglobinémie et d'hémoglobinurie qui mourut dans l'adynamie. A l'autopsie on constata dans tous les organes, mais surtout dans la rate, de très riches colonies de proteus vulgaris.

M. Malassez rappelle qu'il a démontré que chez les saturnins la résistance des globules rouges est diminuée, alors qu'elle est augmentée chez les chlorotiques.

J. P.

LES LIVRES

Chez Rueff et Cie, éditeurs, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

Bibliothèque médicale, fondée par MM. J.-M. Charcot et G.-M. Debove, membre de l'Académie de Médecine, professeur à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Andral.

Le langage, la parole et les aphasies, par M. le docteur Ferrand, médecin de l'Hôtel-Dieu. — 1 vol., 3 fr. 50.

Anatomie, physiologie et séméiologie de l'oreille, par M. le docteur Antoine Courtade, ancien interne des hôpitaux de Paris, membre de la Société d'Otologie de Paris, de la Société de Thérapeutique, de la Société de Médecine et de Chirurgie pratique. — 1 vol., 3 fr. 50.

Rythmes des bruits du cœur, par M. le docteur H. Gillet, ancien interne des hôpitaux. — 1 vol., 3 fr. 50.

Traitement hydrothérapique, climatique et thermal du lymphatisme et de la scrofule, par Constantin Paul, médecin de l'hôpital de la Charité, professeur agrégé à la Faculté de médecine, membre de l'Académie de Médecine, et Paul Rodet, directeur de l'Etablissement hydrothérapique d'Auteuil, rédacteur en chef des *Archives générales d'Hydrologie*. — 1 vol., 3 fr. 50.

Chimie médicale, corps minéraux, corps organiques, manuel de l'étudiant, par M. le Dr J. Garnier, professeur à la Faculté de Médecine de Nancy. 1 vol. double couronne, peau pleine souple. Prix : 6 francs.

Ce volume contient la description des corps si nombreux de la chimie médicale et de la chimie organique qui intéressent le médecin, avec l'indication de leur place dans la classification naturelle, leurs propriétés essentielles et surtout celles de ces propriétés et de leurs applications qui sont d'un ordre médical.

Depuis l'organisation de l'enseignement préparatoire des sciences pour les futurs étudiants, ce livre est de haute actualité.

Les varices, par M. le docteur Louis Beurnier, ex-chef de clinique à la Faculté. — 1 vol., 3.50.

Vertige, par M. le docteur Pierre Bonnier. — 1 vol., 3.50.

La variole, par M. le docteur de Grandmaison, ancien interne des hôpitaux. — 1 vol., 3.50.

Actinomycose, par M. le docteur Guermonprez, professeur à la Faculté libre de médecine de Lille, et Becue de Cassel. — 1 vol., 3.50.

Traitement des anévrysmes, par M. le docteur J.-B. Duplaix, ancien interne des hôpitaux, ancien chef de clinique médicale. — 1 vol., 3.50.

Chez O. Doin, 8, place de l'Odéon, Paris.

Contribution à l'étude du traitement de la coqueluche par les bains froids sinapisés, par M. le Dr Maurice Springer, ancien interne de l'hospice des Enfants-Assistés.

In-8° de 8 pages. Prix : 50 centimes.

Recherches expérimentales sur l'inflammation mercurielle des muqueuses, par M. le Dr E. Maurel, médecin principal de la marine, agrégé à la Faculté de médecine de Toulouse.

Un volume in-8° de 180 pages. Prix : 3 francs.

Les coupes du système nerveux central, par le Dr A. Mercier, ancien second médecin de l'Asile cantonal des Aliénés de Burghœlzli, 1 vol. peau pleine souple, reliure amateur, tête dorée : 4 francs.

Dans ce volume rédigé sous forme de manuel, le lecteur trouvera la description des instruments nécessaires pour l'étude et la fabrication des coupes, il étudie le durcissement des pièces, les enrobements, le système des plaques et les feuillets en série. Le tout est accompagné d'observations cliniques émanant d'un esprit judicieux.

Chez J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.

Formulaire du massage, par le Dr G. Norstrom, 1 vol. in-18, de 268 pages, cartonné, 3 fr.

Le massage est de plus en plus employé en thérapeutique : on masse dans les maladies traumatiques des articulations (entorses et luxations), comme dans les arthrites aiguës et chroniques, les raideurs articulaires et les hygromas : on masse dans les fractures. Le massage dans les affections du système musculaire prend une importance chaque jour plus considérable ; le chapitre sur le mus-

sage des myosites où l'auteur étudie le traitement de maladies si fréquentes, souvent confondues avec d'autres, intéressera tout particulièrement le médecin.

Les céphalalgies, dépendant le plus souvent d'une inflammation musculaire de la nuque, sont traitées avec succès par le massage. De même la crampe des écrivains, les contractures et les atrophies musculaires.

Le massage est encore employé dans les affections du système nerveux, de l'appareil circulatoire et du tube digestif.

Enfin le massage gynécologique est très efficace dans les affections de l'utérus et de ses annexes.

On trouvera dans ce formulaire le résultat d'une pratique déjà longue et le fruit d'un travail aussi personnel et aussi original que possible en même temps que le résumé des nombreux travaux antérieurs de l'auteur.

Il n'intéressera pas seulement le masseur de profession, mais encore et surtout le médecin praticien. Car à côté du manuel opératoire (effleurage, friction, pétrissage, tapotement) et de la technique physiologique, il renferme un grand nombre d'aperçus nouveaux ressortissant du domaine de la pathologie.

Société d'Editions scientifiques, place de l'École de Médecine, 4, rue Antoine-Dubois, Paris.

Traité médico-chirurgical de l'hépatite suppurée des pays chauds, grands abcès du foie, par L.-E. BERTRAND, médecin en chef de la marine, ancien professeur aux écoles de médecine navale, membre de la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle, et J. FONTAN, professeur de chirurgie navale et de chirurgie d'armée à l'école de médecine navale de Toulon, membre correspondant de la Société de chirurgie, in-8° raisin de 732 pages, avec tracés et figures. Prix : 16 francs.

Le livre que MM. Bertrand et Fontan présentent au public médical est la plus complète des monographies de *l'hépatite suppurative.*

Officiers supérieurs du corps de santé de la marine, professeurs aux écoles de médecine navale, chefs d'importants services de médecine ou de chirurgie dans les hôpitaux maritimes et, plus particulièrement, à l'hôpital Saint-Mandrier, lieu principal, sinon unique, de débarquement pour les malades rapatriés par les transports de l'Extrême-Orient, établissement nosocomial aussi riche en sujets d'étude, pour la pathologie coloniale, que n'importe quel hôpital du plus malsain des pays intertropicaux, MM. Bertrand et Fontan possédaient l'autorité scientifique requise, et les éléments matériels voulus pour écrire un livre qui, comme le leur, fût, tout à la fois, une œuvre personnelle et la synthèse des meilleurs travaux que compte, sur ce sujet, la littérature médicale de tous les temps et de tous les peuples.

Le livre comprend onze chapitres : Le premier est une étude *historique générale*, avec citations et commentaires. Le second traite de la *distribution géographique* de l'hépatite suppurative. Pour apprécier la fréquence relative de cette maladie sur les divers points du globe, les auteurs se sont, comme ils le disent, efforcés de substituer des chiffres aux formules conventionnelles de la plupart des traités. Ce n'est pas leur faute si les statistiques qu'ils produisent à cet effet ne sont pas, absolument toutes, récentes et inédites. Le troisième est relatif à *l'anatomie pathologique.* Un grand nombre de nécropsies, d'examens histologiques et d'expériences sur les animaux ont permis à MM. Bertrand et Fontan de contrôler sur ce point les travaux antérieurs, de les confirmer, de les compléter ou de les rectifier au besoin. Le quatrième est un exposé analytique et critique des *causes* présumées ou certaines de la maladie dont ils s'occupent. La dysenterie est, pour eux comme pour tous les médecins versés dans la pathologie coloniale, le grand facteur étiologique des suppurations du foie. Le cinquième est une étude de *pathogénie*. Le sixième se rapporte à la *symptomatologie générale*. Les formes type, fruste, larvée et de l'hépatite y sont soigneusement étudiées. Le septième consacre aux *migrations* des abcès tous les développements que comporte cette intéressante question. Le huitième traite de la *symptomatologie analytique*. Il compte plusieurs paragraphes absolument neufs. Les *complications et suites* font l'objet du neuvième chapitre. Le dixième est une étude à fond du *diagnostic* et du *pronostic*. Au onzième et dernier appartiennent la *prophylaxie*, le *traitement médical* et le *traitement chirurgical* avec ses complications et ses suites. Cette partie du livre de MM. Bertrand et Fontan est destinée à faire marcher la thérapeutique des abcès du foie dans une voie féconde. Cette maladie, peu connue et peu opérée dans les grands centres scientifiques, n'avait pas bénéficié, dans une assez large mesure, des progrès de la chirurgie antiseptique. Les auteurs, en multipliant les preuves statistiques, les détails de technique opératoire et les exemples tirés en grand nombre de leur pratique personnelle, ont tenu à prouver que la chirurgie du foie est aussi légitime et doit être aussi heureuse que toute autre chirurgie des viscères, celle des organes génitaux de la femme, par exemple. Les médecins de l'armée, de la marine, des colonies, trouveront dans ce chapitre assez de faits et de descriptions pour se familiariser définitivement avec toutes les manœuvres opératoires que comportent les diverses variétés d'abcès du foie.

L'ouvrage se termine par une série d'*observations* cliniques choisies, dont un grand nombre inédites, et un riche répertoire bibliographique *non copié.*

En dernière analyse, le livre de MM. Bertrand et Fontan est une œuvre originale, fortement documentée. S'il n'était convenu qu'en ces questions, « le temps ne fait rien à l'affaire » nous pourrions ajouter qu'il représente un travail assidûment poursuivi, pendant trois ans, sur des matériaux tirés, non seulement des bibliothèques, mais encore, et surtout, de l'observation clinique et anatomique directe.

L'Agenda médical de la Compagnie fermière de Vichy à l'usage du corps médical : un beau volume relié en toile à l'anglaise, renfermant tous les renseignements sur les médicaments nouveaux.

MM. les médecins qui ne l'auraient pas encore reçu sont priés de le réclamer au siège de la Compagnie fermière de Vichy, 8, boulevard Montmartre.

ACTES DE LA FACULTÉ
DU 14 AU 19 JANVIER 1895

EXAMENS

LUNDI 14 JANVIER. — 3e Oral (1re partie) : MM. Tillaux, Jalaguier, Varnier. — Chirurgien-dentiste. 2e (1re série) : MM. Potain, Gaucher, Sebileau. — 2e (2e série) : MM. Delbet, Gley, Letulle.

MARDI 15 JANVIER. — 3e Oral (1re partie) : MM. Panas, Nélaton, Bar. — Chirurgien-dentiste. 2e (1re série) : MM. Le Dentu, Hanot, Gilbert. — 2e (2e série) : MM. Pouchet, A. Robin, Quénu. — 5e (1re partie), Chirurgie. Charité : MM. Duplay, Schwartz, Albarran. — 5e (2e partie), Charité : MM. Debove, Marfan, Ménétrier.

MERCREDI 16 JANVIER. — 3e Oral (1re partie) : MM. Pinard, Marchand, Delbet. — Chirurgien-dentiste, 2e : MM. Pouchet, Chauffard, Sebileau.

JEUDI 17 JANVIER. — *Médecine opératoire* : MM. Guyon, Brun, Poirier. — Chirurgien-dentiste, 2e (1re série) : MM. Berger, Troisier, Netter. — 2e (2e série) : MM. Panas, Raymond, Chantemesse.

VENDREDI 18 JANVIER. — 4e : MM. Pouchet, Landouzy, Netter. — Chirurgien-dentiste. 2e (1re série) : MM. Straus, Brissaud, Jalaguier. — 2e (2e série) : MM. A. Robin, Déjerine, Sebileau. — 5e (1re partie), Obstétrique (Clinique Baudelocque) : MM. Pinard, Marchand, Varnier.

SAMEDI 19 JANVIER. — 2e (2e partie) : MM. Mathias Duval, Berger, Ballet. — 3e (2e partie) : MM. Laboulbène, Debove, Marie. — Chirurgien-dentiste. 2e (1re série) : MM. Pouchet, Albarran, Roger. — 2e (2e série) : MM. Cornil, Hallopeau, Poirier. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu : MM. Duplay, Nélaton, Brun. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Raymond, Marfan, Charrin. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Troisier, Chantemesse, Ménétrier.

THÈSES

MERCREDI 16 JANVIER, à 1 heure. — *M. Fillion* : De la cocaïne dans les interventions chirurgicales. — *M. Roger* : Sur la cure radicale des hernies ombilicales par le procédé du Dr Quénu. — *M. Lecoq* : Albuminurie dans la fièvre typhoïde, pronostic et traitement par les bains froids. JEUDI 17 JANVIER, à 1 heure. — *M. Barbe* : Etudes cliniques sur certaines formes latentes de perforations de l'intestin grêle avec péritonite consécutive. Importance du diagnostic précoce. — *M. Saisset* : Sur les troubles mentaux qu'on observe pendant le cours et la convalescence de la fièvre typhoïde. — *M. Mallet* : Contribution à l'étude de l'hygiène dans la marine marchande. — *M. Voyer* : De l'action favorable des bains froids dans le traitement de la septicémie puerpérale. — *M. Guilpin* : Contribution à l'étude de l'ozène et de la rhinite atrophique simple. — *M. de Gouvêa* : La distomatose pulmonaire par la douve du foie.

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

FACULTÉS

Concours d'agrégation. — Médecine et médecine légale.

Questions orales de trois quarts d'heure.

1° La syphilis rénale;
2° Du rhumatisme noueux;
3° Des leucocytoses symptomatiques;
4° Des épilepsies alcooliques;
5° De la tuberculose rénale;
6° Causes, signes et diagnostic des rétrécissements du pylore;
7° Du délire alcoolique aigu;
8° Etiologie et diagnostic de la sclérose en plaques;
9° Syphilis artérielle;
10° Diagnostic et signification clinique des paralysies des muscles de l'œil;
11° Troubles trophiques du tabes;
12° Du zona.

NOUVELLES

Décrets relatifs aux examens des chirurgiens-dentistes et des étudiants en médecine.

Les décrets suivants viennent d'être promulgués. Ils règlent divers points concernant les études et examens pour l'obtention du titre de chirurgien-dentiste, les examens pouvant être passés dans les écoles de province, etc.

Voici ces décrets :

Article premier. — Le paragraphe 4 de l'article 3 du décret du 25 juillet 1893, relatif aux études en vue du diplôme de chirurgien-dentistes est modifié ainsi qu'il suit : « 3e examen : clinique : affections dentaires et maladies qui y sont liées. — Opérations. — Opérations préliminaires à la prothèse dentaire. »

Article premier. — Peuvent délivrer les inscriptions exigées en vue de l'obtention du diplôme de chirurgien-dentiste les établissements libres d'enseignement supérieur dentaire qui justifient :

1° Que leur enseignement comprend au moins un cours d'anatomie et de physiologie, un cours de pathologie, un cours sur la pathologie et la thérapeutique spéciales de la bouche, un cours de clinique dentaire;

2° Que leur corps enseignant comprend au moins trois docteurs en médecine;

3° Qu'ils disposent au moins d'une salle de cours, d'une salle de clinique, d'un laboratoire d'histologie et de bactériologie; d'une salle de dissection anatomique, le tout muni des instruments et appareils nécessaires à l'enseignement et aux travaux pratiques des élèves.

Article premier. — Sont admis à subir les examens en vue du diplôme de chirurgien-dentiste, avec dispense du premier de ces examens, les aspirants au doctorat en médecine pourvus de douze inscriptions qui justifient d'une année de stage dans un service dentaire hospitalier.

Article premier. — Les aspirants au doctorat en médecine, inscrits dans les écoles de plein exercice de médecine et de pharmacie, subissent devant ces écoles les 1er, 2e et 3e examens de doctorat.

Les jurys d'examen sont présidés par un professeur de la Faculté.

Article premier. — Les candidats au baccalauréat ès sciences complet et au baccalauréat de l'enseignement secondaire spécial, ajournés pendant les sessions antérieures, sont autorisés à se présenter, une dernière fois, pendant une session extraordinaire qui sera ouverte en mars et avril 1895.

Décorations.

Par décrets, en date du 4 janvier 1895, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : MM. les docteurs J. Lucas-Championnière, chirurgien à l'hôpital Saint-Louis; Ménière, médecin-adjoint de l'Institution nationale des sourds-muets, à Paris.

Au grade de chevalier : MM. les docteurs G. Ballet, médecin en chef de l'hôpital Saint-Antoine; Cadier, médecin de l'asile de Villepinte; Clado, médecin à la Légation de Grèce, à Paris; Collardot, médecin à Alger; Dareste de La Chavane, directeur du laboratoire de tératologie de l'Ecole pratique des hautes études; Dubaquié, médecin à Bozas; P. Durozier, Gratiot et Hubert, médecins à Paris; Grasset, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier; Lermoyez, médecin des hôpitaux de Paris; Martin, médecin à Cirey; Massot, chirurgien en chef de l'hôpital civil de Perpignan; Mannoury, médecin à Chartres; Speckhahn, médecin à Renwez; Surmay, médecin à Ham; Tédenat, président du conseil d'arrondissement de Lodève; Vérité, médecin à la Bourboule.

Mme Henry, née Bertin, sage-femme de la Maternité, à Paris.

Baccalauréat ès sciences.

L'arrêté ministériel, en date du 20 novembre 1894, qui autorise l'ouverture de sessions pour le baccalauréat ès sciences restreint, exclusivement réservées aux étudiants en médecine, bacheliers ès lettres ou bacheliers de l'enseignement secondaire classique (lettres-philosophie), régulièrement inscrits en vue du grade d'officier de santé, est rapporté.

Une dernière session extraordinaire, pour le baccalauréat ès sciences restreint, sera ouverte en mars-avril 1895, en faveur des candidats s'étant présentés audit baccalauréat, soit à la session de novembre 1894, soit à une session antérieure, et en faveur des candidats à l'agrégation de philosophie.

Codex medicamentarius.

Le *Journal officiel* du 8 janvier annonce que le supplément du *Codex medicamentarius* (édition de 1884), publié en 1894, est et demeure obligatoire pour les pharmaciens à partir du 10 janvier 1895.

Le prix Bréant et le choléra asiatique.

Au moment où on cherche, de divers côtés, les moyens de prévenir ou de guérir le choléra asiatique, il peut être utile de rappeler les conditions du prix Bréant (100,000 fr.) à décerner par l'Académie des sciences « à celui qui aura trouvé le moyen de guérir du choléra asiatique ou qui aura découvert les causes de ce terrible fléau », pour employer les expressions du fondateur.

Les concurrents doivent satisfaire aux conditions suivantes :

1° Pour remporter le prix de 100,000 fr., il faudra : « Trouver » une médication qui guérisse le choléra asiatique dans l'immense » majorité des cas » ;

Ou : « Indiquer d'une manière incontestable les causes du choléra asiatique, de façon qu'en amenant la suppression de ces » causes on fasse cesser l'épidémie » ;

Ou enfin : « Découvrir une prophylaxie certaine et aussi évidente que l'est, par exemple, celle de la vaccine pour la variole. »

2° Pour obtenir le prix annuel représenté par l'intérêt du capital, il faudra, par des procédés rigoureux, avoir démontré dans l'atmosphère l'existence de matières pouvant jouer un rôle dans la production ou la propagation des maladies épidémiques.

(*Médecine Moderne.*)

Concours pour la médaille d'or (Chirurgie).

Médaille d'or, M. Michon; médaille d'argent, M. Bouglé; mention, M. Glantenay.

66e Année. 9e Série. Tome II — N° 3 — 19 Janvier 1895

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : Dr F. de RANSE — *Rédacteur en chef :* Dr Pierre SEBILEAU

Secrétaire de la Rédaction : M. Em. EMERY

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 28, rue Vignon

TRAVAUX ORIGINAUX

Dilatation vulvo-vaginale et hystérectomie vaginale.

Par le Dr Pichevin, moniteur de gynécologie à l'hôpital Necker.

L'étroitesse et la rigidité du vagin de certaines femmes sont des obstacles à la rapide et facile exécution de l'hystérectomie vaginale. C'est une vérité que tout chirurgien reconnaîtra volontiers.

L'idée d'élargir la vulve et le vagin, avant de pratiquer l'hystérectomie, est si simple qu'elle avait dû venir à l'esprit des hardis opérateurs qui entreprirent de propos délibéré, au commencement de ce siècle, l'extirpation totale de la matrice par les voies naturelles.

En effet, les premiers protagonistes de l'opération, moins ardents mais aussi ingénieux que les hystérectomistes d'aujourd'hui, n'avaient pas méconnu tout le parti que l'on pouvait tirer de la dilatation vulvo-vaginale.

* * *

Plusieurs méthodes permettent d'agrandir la vulve et le vagin et de rendre l'utérus plus accessible à l'œil et aux instruments.

I. *Débridement vulvaire.*

La première en date est celle qui a été préconisée récemment par M. Chaput.

Ce chirurgien recommande de faire un très large débridement.

Du côté de la peau l'incision est représentée par une ligne qui commence en haut à 2 centimètres environ du milieu de la fourchette, se dirige en bas et en dehors vers l'ischion et s'arrête après un parcours de 4 à 5 centimètres.

L'incision se prolonge en haut dans le vagin, à 5 centimètres du bord de la vulve, dans le même plan que l'incision cutanée. L'incision ne doit pas être faite des parties superficielles vers les parties profondes, car les tissus fuient et on n'obtient pas un débridement suffisant. Il faut pratiquer la section par transfixion. On enfonce un bistouri à lame longue et étroite du côté du périnée et la sortie de l'instrument s'effectue dans le vagin. L'opérateur exécute un petit mouvement de scie de bas en haut et divise ainsi les téguments dans les parties profondes. Il finit par la section des parties superficielles. On obtient ainsi et très rapidement une large brèche. Mais, dès que la transfixion est faite, des jets artériels s'élancent de la plaie. Il s'agit de mettre rapidement des pinces hémostatiques sur les vaisseaux qui donnent du sang. Ces pinces sont laissées à demeure pendant toute la durée de l'opération.

Quand un débridement unique ne donne pas un jour suffisant, on fait une incision semblable de l'autre côté. On voit alors la fourchette tomber en arrière en donnant au vagin des dimensions extraordinaires. Une vulve sur laquelle on a fait le double débridement présente un diamètre considérable (dix à quinze centimètres d'avant en arrière et transversalement).

On commence alors l'hystérectomie et, quand la dernière pince posée sur les ligaments larges a bien assuré l'hémostase, on passe à la suture du ou des débridements. Il est inutile de dire que la réparation du large délabrement vulvo-vaginal doit être faite avec le plus grand soin.

Hofmeier, il y a déjà quelques années, avait reconnu la nécessité de pratiquer, dans certains cas, des incisions sur le périnée et sur le vagin. Mais le gynécologiste de Wursburg était loin de croire à l'utilité de ces profondes incisions qui amènent l'effondrement du périnée pendant toute la durée de l'opération. Voici ce que le professeur Hofmeier écrit dans son traité :

« L'étroitesse et la rigidité du vagin rendent parfois l'opération (l'hystérectomie) très difficile. Il faudra alors, ainsi que je l'ai fait plusieurs fois, sectionner le périnée et inciser au besoin le canal vaginal dans toute sa longueur, d'un seul ou des deux côtés. L'incision de la muqueuse est suffisante, car le tissu conjonctif paravaginal cède et se distend avec la plus grande facilité. »

Mais il nous faut remonter à une date plus éloignée.

L'hystérectomie, grâce au succès éclatant de Sauter, venait à peine d'acquérir son droit de cité dans la science, que déjà un opérateur reconnaissait les avantages de la dilatation vulvo-vaginite.

En l'an de grâce 1824, pour pratiquer plus facilement l'hystérectomie et agrandir le champ opératoire, de façon à introduire la main dans le vagin, Siebold pratiqua une incision de chaque côté du périnée. L'opérateur put faire aisément l'extirpation de l'utérus.

Peu après, Lezars, d'Edimbourg, fendit le périnée, le vagin et le rectum sur la ligne médiane à cause de l'étroitesse du vagin. L'hystérectomie fut ensuite exécutée.

Récamier, plus conservateur, se contenta de sectionner le périnée sur la ligne médiane.

Enfin, Claudius Tarrel, dans son intéressant mémoire paru en 1829, donna le conseil de pratiquer une incision vaginale unique se dirigeant vers l'un des ischions.

Toutes ces incisions compliquent inutilement l'hystérectomie. Il n'est pas sans inconvénient de faire perdre du sang, même en petite quantité, à une femme qui va subir l'extirpation de l'utérus. La plaie vaginale reste béante pendant toute la durée de l'hystérectomie et est ainsi exposée à l'infection durant les manœuvres opératoires. La contamination peut se faire plus tard, après l'ablation des pinces posées sur les ligaments larges, lorsque les tissus sphacélés donnent naissance à un écoulement fétide ou quand les poches péri-utérines continuent à se vider dans le vagin.

On ne peut considérer comme négligeables ces grands délabrements vulvo-vaginaux que conseille M. Chaput. Si la réunion primitive vient à manquer, — et elle peut manquer, — la vulve, le vagin et le périnée seront dans un piteux état. Enfin, si rapide qu'ait été l'opération préliminaire, il n'en est pas moins vrai qu'elle exige un certain temps et qu'après avoir enlevé l'utérus, il faut encore se préoccuper de suturer soigneusement le débridement au milieu des pinces qui encombrent le champ opératoire. N'est-ce pas risquer de prolonger beaucoup une hystérectomie qui peut être faite, il est vrai, en quelques minutes, mais qui exige parfois une heure et même davantage?

Les débridements proposés à nouveau par M. Chaput sont, en somme, peu recommandables. Ils ont été repoussés par la très grande majorité des chirurgiens.

II. *Dilatation brusque et forcée du vagin, soit manuelle, soit instrumentale.*

Hégar et Kaltenbach décrivent le procédé suivant, qu'ils emploient dans la cure chirurgicale du vaginisme :

« La malade est étendue dans le décubitus dorsal, couchée sur la table ordinaire à opérations, profondément endormie ; le chirurgien fait alors pénétrer dans l'orifice vaginal deux ou trois doigts de chaque main, dont la paume est tournée en dehors. Il écarte ensuite avec toute la force possible les mains l'une de l'autre. Généralement, on perçoit un bruit de craquement qui avertit de la rupture des fibres musculaires. En ayant recours à ce procédé, on peut transformer l'anneau vaginal le plus étroit en un orifice large et à parois flasques. Ajoutons que l'orifice retrouve bientôt sa résistance, sans que, cependant, le spasme reparaisse. Ce procédé permet de rompre, ou tout au moins d'étendre beaucoup plus les fibres musculaires qui doublent l'anneau vaginal que ne pourraient de faire les incisions profondes et cependant on ne fait sur la muqueuse aucune plaie. »

Il est évident qu'on peut remplacer l'action des deux mains par celle d'un instrument dilatateur qu'on ouvre brusquement et avec force (spéculum de Trélat, etc.).

Ce procédé est rationnel et ne présente pas les inconvénients des incisions vaginales et périnéales. On peut le mettre en pratique pendant le sommeil anesthésique, avant de commencer l'hystérectomie.

Nous sommes disposés à croire, comme l'affirment, du reste, Hégar et Kaltenbach, que les muscles déchirés par la dilatation forcée ne tardent pas à reprendre leur tonicité. Mais, si l'on arrive ainsi à vaincre facilement le spasme de la *vulve*, obtient-on une large béance du *vagin*? Quand le canal vaginal est étroit et rigide, les manœuvres brusques indiquées plus haut produisent-elles une extensibilité suffisante des tissus pour permettre d'attaquer avec aisance l'utérus plus ou moins haut situé? Nous avouons n'être pas convaincu de la supériorité de ce procédé.

III. *Dilatation graduelle et lente.*

On se sert de spéculums de forme variée pour dilater graduellement le vagin.

Dans ce but, on a employé assez souvent des cylindres de substance dure. Des mandrins de verre, de très grosses bougies de Hégar en métal, etc., peuvent déterminer un agrandissement progressif du conduit vulvo-vaginal. Est-il nécessaire de faire remarquer que les séances doivent être de longue durée et souvent répétées? En outre, le résultat péniblement acquis n'est pas très satisfaisant. Dès qu'on introduit des cylindres un peu volumineux, le vagin et la vulve opposent une résistance difficile à vaincre. En somme, il n'est pas aisé d'obtenir une rapide et surtout une large dilatation par ce procédé, qui n'est guère utilisable dans le cas spécial.

IV. *Tamponnement vaginal.*

Les mêmes remarques peuvent être faites au sujet du tamponnement vaginal. Il y a longtemps qu'on a bourré le vagin avec de la charpie pour amener l'élargissement de ce canal. Depuis quelques années, la charpie a été remplacée par des gazes antiseptiques, des étoupes et du coton aseptiques ou imprégnés de substances microbicides. Mais l'assouplissement du vagin et son agrandissement ne se produisent pas rapidement, malgré les affirmations contraires qui ont été émises. Le tamponnement vaginal est bon pour maintenir une dilatation déjà obtenue, mais non pas pour la provoquer. Notre expérience nous permet de dire que cette méthode est lente, infidèle et insuffisante.

V. *Dilatation du vagin avec des laminaires.*

Il est certain que de longues tiges de laminaire laissées dans le vagin peuvent dilater rapidement et sans grand inconvénient le canal vulvo-vaginal. L'expérience nous manque pour apprécier ce procédé que nous nous proposons d'essayer.

VI. *Dilatation avec les éponges préparées.*

En 1823, on recommandait, dans le *Dictionnaire de Médecine*, d'employer l'éponge préparée pour élargir préalablement le vagin, lorsqu'on désirait attaquer les polypes utérins. On facilitait ainsi la manœuvre des instruments destinés à atteindre les tumeurs.

L'éponge préparée, excellent agent de dilatation, peut rendre de réels services dans les cas que nous avons en vue. Il est bien entendu qu'il faut la rendre aseptique avant de la mettre dans le vagin.

VII. *Dilatation à l'aide des colpeurynters.*

Freund, Spiegelberg et Hégar dilataient largement la cavité vaginale, avant de procéder à l'hystérectomie totale. Ces auteurs introduisaient dans le vagin une poche en caoutchouc vulcanisé qu'on remplissait ensuite d'eau pour distendre les tissus et permettre le libre accès du champ opératoire. L'emploi du colpeurynter, comme temps préparatoire à l'hystérectomie, était indiqué pour ces chirurgiens toutes les fois qu'ils constataient l'étroitesse du vagin.

VIII. *Dilatation avec le ballon de Gariel.*

Le ballon à réservoir d'air de Gariel remplit le même but et est d'un usage plus commode. Doyen se sert de ce ballon depuis longtemps.

Après avoir désinfecté soigneusement la pelote en caoutchouc vulcanisé on la roule de façon à diminuer son volume et on la glisse dans le vagin rendu au préalable aseptique par des injections répétées.

La pelote insufflateur est adaptée au tube en caoutchouc qui communique avec la pelote intra-vaginale. On gonfle lentement celle-ci et on s'arrête quand la malade commence à accuser une certaine gêne.

Le robinet de communication entre les deux pelotes est fermé et fixé de façon à ce qu'il ne puisse pas s'ouvrir spontanément.

Les malades supportent assez bien le ballon de Gariel. Si la miction est entravée, il est facile de dégonfler momentanément la pelote vaginale et de l'emplir ensuite d'air. Il est bon de vider le ballon, quand la patiente veut aller à la selle.

En deux ou trois jours, on obtient une dilatation vulvo-vaginale parfois énorme et qui permet l'ablation rapide et facile de grosses tumeurs utérines, ainsi que j'ai eu l'occasion de le constater.

Choix du procédé de dilatation.

Nous ne sommes pas partisan de la dilatation sanglante. La dilatation brusque et forcée nous semble insuffisante. Nous en dirons autant de la dilatation graduelle et lente avec des instruments. Le tamponnement vaginal est passible des mêmes reproches.

Il n'en est pas de même du procédé qui consiste à laisser dans le vagin des ballons en caoutchouc remplis d'air ou d'eau. On obtient ainsi un élargissement et un assouplissement remarquables des parois vaginales qui acquièrent une grande dilatabilité. Le ballon à air de Gariel est préférable aux colpeurynters.

Les éponges préparées et les laminaires peuvent rendre les mêmes services que le pessaire de Gariel. Ce sont des corps dilatants qui ont fait leur preuve dans la thérapeutique utérine, et qui sont bien supportés. Ils sont capables d'augmenter rapidement et sans grande douleur la cavité vaginale, dont les parois deviennent plus souples et plus extensibles.

Indications de la dilatation.

La dilatation vulvo-vaginale n'est indispensable que dans des cas très rares. Il n'en est pas moins vrai que l'étroitesse du vagin peut être telle qu'elle constitue à elle seule une impossibilité de pratiquer l'ablation de l'utérus par les voies naturelles. On peut assez rapidement transformer un vagin rigide et trop petit pour donner passage à quelques gros instruments en un canal suffisamment large pour permettre d'extraire sans trop de difficulté un utérus plus ou moins volumineux et adhérent. La dilatation préalable est donc indispensable dans ces cas, si le chirurgien veut utiliser la voie vaginale.

Le plus souvent, on peut donc se passer à la rigueur de la dilatation vulvo-vaginale. Il ne s'ensuit pas pour cela qu'elle soit sans utilité, même dans les cas où l'hystérectomie n'a nécessité aucune manœuvre préliminaire. En élargissant le champ opératoire par la dilatation, on rend l'utérus plus accessible à l'œil et aux doigts. Les manœuvres d'extraction et d'hémostase sont ainsi singulièrement facilitées.

Pour rendre l'utérus mobilisable, Hégar avait coutume d'employer une sorte de traitement préparatoire, consistant dans l'introduction de colpeurynters dans le vagin plusieurs jours avant l'hystérectomie.

Si minime que soit l'action des ballons vaginaux sur la mobilisation des corps fibreux, on ne doit pas rejeter l'avantage qui peut résulter de cette pratique. C'est une raison de plus qui milite en faveur de l'emploi de ces ballons.

En somme, toutes les fois que l'utérus est volumineux et qu'on estime que le morcellement sera nécessaire, il est bon d'agrandir au préalable la cavité vaginale. Dans ces cas, l'indication est d'autant plus nette que l'étroitesse de la vulve est plus grande, que la rigidité et l'exiguïté du canal vaginal sont plus marquées.

Il faut reconnaître que la dilatation est parfois mal supportée. Les nerveuses, en particulier, endurent mal le ballon de Gariel. Il sera donc nécessaire de tâter la susceptibilité individuelle, mais dans la pratique on parvient le plus souvent et sans encombre à produire en peu de jours une dilatation fort suffisante pour exécuter avec facilité l'hystérectomie vaginale.

A L'ÉTRANGER

ITALIE

De l'étiologie du cancer en général, de celui de la vésicule biliaire en particulier.

La question de l'étiologie du cancer est une de celles qui préoccupent le plus actuellement la grande majorité des observateurs. De nombreux travaux ont déjà été faits sur ce sujet, sans qu'on soit encore arrivé à de grands résultats. Il est toujours bon de signaler les différentes recherches auxquelles a donné lieu l'étiologie du cancer, car elles peuvent toutes contribuer à faire la lumière.

E. d'Anna (*Policlino* 1894, fasc. 10 et 11) a publié une monographie très sérieuse à ce propos. Il y relate les différentes opinions qui ont cours, et, ce qui est bien plus important, expose le résultat de ses propres recherches. Il s'est surtout préoccupé du rôle que peuvent jouer dans cette question les théories parasitaires et infectieuses. A cet effet, cet auteur a inoculé des produits cancéreux à quarante-neuf chiens sans résultats; il a ensemencé des parcelles de tumeurs cancéreuses sur la gélatine et la gélose, sans résultats plus appréciables. Enfin, il s'est livré à une étude attentive des procédés de coloration employés dans l'étude histologique du cancer. Ces différents travaux l'ont amené à la conclusion suivante :

E. d'Anna a acquis la conviction que les éléments qu'on considère de différents côtés comme des coccidies, etc., et qui se trouvent dans les cellules cancéreuses, ne sont autre chose que les

traces d'un commencement de dégénérescence de ces cellules cancéreuses, ou bien des leucocytes plus ou moins altérés situés dans leur protoplasma.

Nous rapprocherons de ce travail celui de **Siegert**, fait en Allemagne (*Virchow's Archiv*, Bd. CXXXII), que d'ailleurs son auteur compte compléter plus tard. Siegert recherche quelle peut être l'origine du cancer primitif de la vésicule biliaire. Jusqu'à présent il ne veut formuler que deux conclusions, qui lui paraissent tout à fait exactes :

a) Dans le cancer primitif de la vésicule biliaire, on trouve toujours des calculs biliaires, mais on n'en trouve qu'exceptionnellement dans le cancer secondaire.

b) Ces calculs sont en tous cas une des causes du cancer, et sûrement pas la conséquence.

Rapports de la paralysie générale et de l'infection puerpérale.

M. Cristiani (*Riforma med.*, 1894, n° 215) cite un cas dans lequel il croit devoir considérer l'infection puerpérale comme condition étiologique d'une paralysie générale progressive. Il existe peu d'observations de ce genre jusqu'à présent. Cristiani en a compté vingt-trois. Dans cette nouvelle observation sur ce sujet, voici comment les choses se sont présentées. Il s'agissait d'une femme de quarante-deux ans, ayant des antécédents héréditaires nerveux, et qui avait eu quatorze grossesses. Dès les premiers jours de ses dernières couches, cette femme a de la fièvre ; mais sa température ne dépasse cependant pas 39°. Elle présente de plus tous les symptômes d'une infection aiguë d'origine puerpérale. Peu après, la malade est frappée d'une attaque épileptiforme qui est le signal de différents phénomènes graves. Cette attaque laisse en effet à sa suite une excitation psychique et motivée assez intense, une insomnie continuelle, un abaissement sensible des forces intellectuelles, et enfin tous les symptômes de la paralysie générale. Dix mois plus tard, une nouvelle attaque épileptiforme vient encore exagérer tous ces symptômes, les forces tombent de plus en plus rapidement, et au bout de quatorze mois la malade meurt.

Cette observation mérite d'être relatée, surtout à cause des conclusions qu'en tire Cristiani. Pour cet auteur, en effet, il faut voir ici dans l'infection puerpérale une des causes de la paralysie générale consécutive. L'infection puerpérale agirait comme agit la syphilis, comme agit l'abus des alcools, comme agissent les excès vénériens, c'est-à-dire qu'elle contribuerait puissamment à l'éclosion de la paralysie générale, qu'elle favoriserait grandement son apparition.

Quelques propriétés du bacterium coli.

M. Burci (*Sperimentale*, 1894) fait connaître à l'avance certains résultats obtenus par lui dans des expériences que l'auteur se réserve de communiquer plus longuement plus tard.

Ces expériences se divisent en deux séries : dans la première, l'auteur réussit à démontrer que sous l'influence de phénomènes inflammatoires, le bacterium coli, hôte habituel de l'intestin, devient plus virulent, en même temps qu'on le trouve en plus grande abondance. La seconde série a trait à la question de savoir s'il y a moyen d'immuniser des animaux contre les phénomènes d'ordre infectieux avec des cultures de bacterium coli. A cet effet, l'auteur, par des injections répétées de cultures filtrées ou en suspension dans la glycérine, est arrivé à rendre les animaux, sur lesquels portaient ses recherches, capables de supporter de grandes quantités de bacilles qui, sans cela, auraient sûrement provoqué la mort. Cette immunité persiste même plusieurs jours. Si l'on opérait sur des animaux en état de gestation, la transmission de l'immunité de la femelle aux petits était incontestable.

Ce sont là des expériences qui peuvent contribuer à éclairer l'histoire encore obscure du bacterium coli et qui, de plus, sont à même d'expliquer dans une certaine mesure les symptômes de péritonisme observés dans certaines affections inflammatoires de l'abdomen, la virulence insolite du bacterium coli devant peut-être être mise en cause dans ces conditions.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 16 janvier. — Présidence de M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE.

Traitement des plaies pénétrantes de l'abdomen.

M. Chaput. — M. Rochard nous a envoyé une intéressante observation de plaie du cæcum traitée par la laparotomie et la suture, et suivie de guérison.

Il s'agit d'une femme qui reçut, dans la nuit du 27 janvier 1893, deux coups de poignard triangulaire dans le ventre, l'un dans la région du cæcum, l'autre dans la région épigastrique. Quelques heures après, le visage était pâle, le pouls et la température étaient normaux ; la malade avait vomi et présentait un léger météorisme.

M. Rochard fit une première laparotomie sous-ombilicale, trouva sur le cæcum deux orifices, de 3 millimètres environ, laissant échapper des matières et des gaz. Après avoir désinfecté la région au sublimé, il enterra les deux plaies au fond d'un pli fait au cæcum et maintenu par cinq sutures de Lembert. Il fit ensuite une seconde laparotomie sous-ombilicale et constata l'intégrité de tous les organes. La malade guérit sans incidents.

M. Rochard, en terminant, se demande si, dans les plaies latérales par armes blanches, la laparotomie latérale n'est pas préférable à la laparotomie médiane, étant donné, dit-il, que dans l'espèce on n'a point à dévider l'intestin, que l'on n'est point gêné par la locomotion intestinale et, enfin, que la section sur le bord externe du grand droit met aussi sûrement le malade à l'abri d'une éventration ultérieure que l'incision portant sur la ligne blanche.

Cette intéressante observation me paraît toucher à plusieurs points de l'important problème des plaies abdominales.

Et d'abord, nous constatons que la laparotomie a été faite quatre heures après l'accident, fait intéressant à noter, puisque M. Reclus soutient qu'on ne peut guère, en pratique, opérer de bonne heure. Dans la thèse d'Adler, cinquante-cinq malades sont citées qui ont été opérées cinq heures au moins après l'accident.

L'intervention précoce est donc souvent réalisable en pratique.

Mais, M. Rochard devait-il opérer sa malade ? Non, répondraient sans doute MM. Reclus, Berger, Jalaguier lui-même, l'indication opératoire n'existait pas nettement, car les vomissements précoces pouvaient tenir seulement à l'indigestion occasionnée par le traumatisme et l'émotion ; le météorisme léger était difficile à apprécier, puisqu'on n'avait pas vu la malade avant son accident ; enfin, la température et le pouls étaient normaux ; sans doute, la face était pâle, mais on ne saurait, sur ce signe, se lancer dans une aventureuse laparotomie.

Eh bien ! je n'hésite pas à approuver de tous points l'intervention hardie de M. Rochard qui, suivant les préceptes posés par Terrier, Quénu, Broca et moi-même, a opéré de suite ; l'événement, du reste, a prouvé qu'il avait raison, puisqu'il a constaté une péritonite commençante et deux petites plaies locales laissant échapper des matières et des gaz.

C'est là, en effet, une bonne leçon donnée aux abstentionnistes.

Au reste, je ne vois pas sur quelles raisons sérieuses ceux-ci peuvent étayer leur conduite.

Les plaies par instruments piquants, diseut-ils, ne sont pas dangereuses. Cette observation prouve le contraire et constitue, à cet égard, un véritable document qui mérite de rester dans les annales scientifiques. Et n'ai-je pas vu moi-même mourir une malade à qui un chirurgien, au cours d'une laparotomie, avait perforé l'intestin du bec de l'aiguille de Reverdin ? C'est, qu'en effet, il ne faut pas se fier au bouchon muqueux auquel M. Reclus attache une si grande importance dans la cure spontanée des plaies intestinales.

M. Rochard n'a pas constaté le bouchon muqueux signalé par M. Reclus ; ce bouchon, qui est presque nul chez l'homme, est, à vrai dire, très volumineux chez le chien. Mais, même chez cet animal, il n'empêche nullement la sortie des matières et des gaz, comme je l'ai montré à plusieurs chirurgiens et à M. Reclus lui-même. Au reste, même quand il accomplit son office, il est septique, c'est-à-dire dangereux pour le péritoine.

Le procédé employé par M. Rochard est très satisfaisant ; mais j'aurais ajouté un second étage de suture pour avoir des garanties absolues ; comme lui, je me serais gardé de tout lavage péritonéal : c'est là une pratique inutile, sinon dangereuse, dans tous les cas où il n'y a dans la cavité péritonéale ni pus, ni matières fécales.

M. Rochard a sagement agi en pratiquant une double laparotomie ; ainsi, il a diminué pour son malade les chances d'éventration et s'est rendu à lui-même l'opération plus facile, en évitant l'embarras qui résulte de la hernie des anses intestinales qui, dans une large plaie, viennent toujours embarrasser le champ des recherches.

Mais pourquoi, à la fin d'une observation où la laparotomie médiane lui a si bien réussi, l'auteur se déclare-t-il partisan de la laparotomie latérale ? Je ne puis admettre avec lui cette laparotomie latérale pour les plaies latérales, parce que le dévidement de l'intestin est rendu plus difficile, et que l'intervention est ainsi limitée à un champ très restreint. En outre, elle expose davantage à l'éventration.

Voilà ce que je pense de l'intéressant travail de M. Rochard ; mais il importe d'élargir le débat.

En règle, on peut dire qu'en dehors des cas où sortent, par la plaie pariétale du grand épiploon, de la bile, de l'urine, des matières fécales, des ascarides, il n'y a pas de signe certain de la blessure des viscères abdominaux. Pour moi, ni la douleur, ni le choc, ni les vomissements alimentaires, ni le tympanisme local, ni même les vomissements sauglants et les selles mélœniques n'ont une signification pathognomonique. Seuls, les symptômes généraux graves ont une grande importance clinique, car je n'accorde aucun crédit à l'inutile et dangereuse méthode exploratrice de Senn ; mais, quand ces symptômes généraux deviennent assez importants pour prendre une valeur diagnostique de premier ordre, c'est qu'il est déjà trop tard pour opérer ; aussi, me paraît-il nécessaire, en cas de plaie abdominale datant de quelques heures, de faire la laparotomie toutes les fois qu'on a un doute même léger sur l'intégrité de l'intestin.

Dira-t-on qu'avant de se décider à la laparotomie il faudra d'abord explorer avec le stylet ou même débrider la plaie et vérifier ? Sans doute, ce sont là des explorations qui peuvent, dans certains cas, mener à bien ; mais elles sont, la plupart du temps, insuffisantes, et c'est pour cela qu'il faut prendre le taureau par les cornes et faire, sans hésitation, la laparotomie. Et, en effet, en étudiant avec soin les statistiques et en les débarrassant des chiffres qui les faussent, on arrive à cette conclusion : 1° que l'expectation est dangereuse puisqu'elle fournit une mortalité de 60 à 70 0/0 ; 2° que la laparotomie précoce et bien exécutée est seule rationnelle et bénigne, puisque, d'après les observations d'Adler, les laparotomies précoces (faites dans les cinq premières heures) et exécutées avec correction ont donné, sur 32 cas, 26 guérisons et (6 morts (18 0/0).

Elle n'est donc pas si grave que cela, cette ouverture du ventre, qu'on a accusée de tant de méfaits sous prétexte qu'elle constitue une opération longue, difficile, capable de disséminer les germes dans le péritoine, et elle fait courir au malade bien moins de risques que les chances auxquelles il est soumis d'irruption spontanée des matières intestinales dans le ventre.

Donc, je le répète, il faut opérer vite dans toute plaie récente si on a le moindre doute sur la pénétration ; il importe de tenir la même conduite dans toute contusion violente de l'abdomen produite par un agent traumatique à surface étroite (fer de cheval).

Quand la plaie date de quelques jours, il faut laparotomiser si on a le moindre doute sur l'existence d'une septicémie intestino-péritonéale, mais on s'abstiendra s'il s'agit d'une plaie vieille de vingt-quatre ou quarante-huit heures avec une santé parfaite et une sensation de bien-être très accentuée ; on s'abstiendra aussi, pour de tout autres raisons, si le malade est algide, en collapsus, à moins qu'on n'ait quelque raison de supposer l'existence d'une plaie artérielle importante.

En ce qui concerne le manuel opératoire, voici, en résumé, les indications fondamentales que le chirurgien doit remplir :

1° Il est indispensable de dévider tout l'intestin pour être sûr qu'on ne laisse pas une ou plusieurs perforations méconnues dans le ventre.

2° Pour trouver facilement la source d'une hémorrhagie, pour laver le péritoine jusque dans ses recoins, il faut éviscérer tout l'intestin.

3° Pour réparer les perforations, on aura recours, selon les cas, à la suture à deux étages, à la greffe intestinale, à l'excision losangique, ou même à la résection de l'intestin.

Ostéite syphilitique guérie par la trépanation.

Lecture par **M. Jullien** d'une observation renvoyée à l'étude d'une commission.

Elections.

Au cours de la séance, ont été élus :

Membres correspondants nationaux : MM. **Dudon** (de Bordeaux), **Cahier** (militaire), **Dardignac**, **Fontorbe** (marin).

Membres correspondants étrangers : MM. **Durante** (de Rome), **Horsley** (de Londres), **Mac Burney** (de New-York), **Sonnenburg** (de Berlin).

Pierre Sebileau.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 15 janvier.

Valeur comparative des différents procédés employés pour ranimer les enfants nés en état de mort apparente.

M. Pinard donne une statistique des enfants nés dans sa clinique, en état de mort apparente, de décembre 1892 à décembre 1894, et des résultats obtenus par les différents moyens employés dans le but de les ranimer.

Sur cinquante enfants nés en état de mort apparente, quarante-quatre furent ranimés par des procédés divers, dix-neuf moururent consécutivement, vingt-cinq quittèrent le service en bon état, six ne purent être ranimés. Vingt-quatre fois sur cinquante, la simple désobstruction des voies respiratoires, jointe à la flagellation, a été suffisante. Dans six cas seulement la méthode des tractions rythmées de la langue a donné de bons résultats, là où l'insufflation restait inefficace. L'auteur estime que dans cette opération il vaut mieux tenir la langue des enfants entre les deux doigts qu'entre les deux mors d'une pince.

Au total, on ne doit pas, à l'heure actuelle proclamer que l'insufflation est inférieure à la méthode des tractions linguales, du moins chez les nouveau-nés.

Elongation des nerfs dans les paralysies traumatiques.

M. Mauchet (de Sens) cite l'observation d'une paralysie radiale consécutive à une contusion, où la sensibilité et le mouvement ont reparu par l'élongation de la branche terminale du nerf. Il relate un second fait du même genre. Après une fracture bimalléolaire mal consolidée, se produisit une paralysie du tibial postérieur. Par l'élongation de ce nerf, accompagnée de la résection partielle de la malléole interne et d'une ostéotomie péronéale, il ne subsista bientôt plus aucune trace de la paralysie.

Zones hystéroclasiques.

M. Cluzier (de Beauvais). — Il existe chez les hystériques des zones dont la pression arrête l'attaque à tous les moments : ce sont

les zones hystéroclasiques. Elles siègent à la pointe du cœur, à la partie culminante de la voûte palatine et dans le tiers supérieur de la membrane pituitaire. La pression de ces zones permet d'enrayer différents phénomènes de névrose, même les accès de toux nerveuse.

M. de Backer lit un travail sur les propriétés inhérentes à certains ferments figurés purs. J. P.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 11 janvier.

Abcès du foie à pus stérile.

M. Achard, à propos de la lecture du procès-verbal de la dernière séance (Voir *Gazette Médicale* du 5 janvier 1895, n° 1, page 8), dit qu'il a observé, comme M. Hanot, un cas d'abcès aréolaire du foie pris pour une pleurésie purulente et dans lequel l'examen a montré un pus stérile. Toutefois, il ne faudrait pas croire que ce pus stérile soit absolument impropre à la culture des microbes.

L'auteur a ensemencé dans ce pus du *bacterium coli* et du *staphylococque*. Le premier ensemencement a été stérile ; dans le second, il y a eu des cultures.

Névrite périphérique d'origine paludéenne.

M. Catrin (médecin militaire). — J'ai l'honneur de présenter à la Société un cas rare de névrite périphérique d'origine paludéenne, d'autant plus intéressant que le malade ne présente aucun des antécédents ordinaires des névrites. Il n'y a chez lui ni alcoolisme, ni saturnisme, ni syphilis, ni hériberi maladie si fréquente dans les colonies.

Ce malade, âgé de 28 ans, a contracté autrefois un engagement au 1er régiment étranger, en Algérie. Il est resté ainsi un an sans manifestations paludéennes, de février 1893 à février 1894. En février 1894, on l'envoie au Soudan où il arrive au mois de mai ; deux mois après, il a ses premiers accès. Ce sont d'abord des accès rémittents, des accès tierces et même des accès quotidiens. Ce n'est que plus tard, au mois de septembre, qu'apparaissent les accès pernicieux, ce qui confirme ce que j'ai déjà établi antérieurement. Un matin de septembre, mon malade se réveille avec une amnésie totale, ne se souvenant même plus de l'adresse de ses parents en France. Cette amnésie a persisté quelque temps. Bientôt, se sont manifestés des accidents nerveux dans les deux jambes. A gauche, c'étaient des douleurs tout le long du trajet du nerf sciatique. A droite, c'étaient des troubles moteurs avec quelques douleurs dans la cuisse.

Le malade est évacué en France. Pendant la traversée, il est pris d'un nouvel accès pernicieux. Il a une diarrhée intense, jusqu'à vingt garde-robes par jour ; son pied devient impotent et est le siège d'une vive hyperesthésie, à tel point qu'il ne peut plus poser le pied sur le sol. A la fin de cet accès, le mollet gauche et la malléole interne du côté droit ont présenté deux taches rouges qui ont laissé dans la suite une pigmentation brunâtre. Au niveau de ces taches, il y a de l'hyperesthésie.

A Bordeaux, le malade est atteint de nouveaux accès pernicieux. On fait des injections de bromhydrate et de chlorhydrate de quinine et des injections d'antipyrine. Enfin, le malade nous est envoyé à Paris où il entre dans mon service. De nouveaux accès apparaissent et je fais les constatations suivantes :

Le pied droit est en varus et en talus ; le malade ne peut plus remuer les orteils, mais il remue légèrement l'articulation tibio-tarsienne. Il y a de l'hypéresthésie sur le dos et sur la plante du pied. Le contact de ces régions cause une douleur très vive. L'hypéresthésie provoque de l'insomnie, empêche la constatation des trépidations épileptoïdes et rend difficile l'exploration électrique. On remarque toutefois qu'il existe une réaction de dégénérescence partielle et que les nerfs ne sont pas excitables. La paralysie persiste, les deux taches se voient encore. Enfin, au pied, les orteils sont en griffe, les deux premières phalanges étant dans l'extension et la dernière dans la flexion. A ces phénomènes s'ajoutent des lésions d'ordre trophique : rougeur de la peau violacée par endroits, luisante sur les bords des pieds, refroidissement de la région objectif et subjectif, ainsi que le thermomètre permet de le constater.

M. Marie. — En voyant ce malade, l'aspect de ses lésions unilatérales, localisées au membre inférieur droit, ne me rappelle nullement la névrite périphérique qui se caractérise d'ordinaire par la bilatéralité des lésions, la chute des pieds, la paralysie des extenseurs. Le diagnostic de névrite périphérique me semble donc difficile à admettre dans le cas dont il s'agit. En présence de l'œdème, des troubles vaso-moteurs et des autres symptômes anormaux, ne peut-on pas se demander si l'on n'aurait pas affaire à un hystérique?

M. Catrin. — J'ai d'abord eu, en effet, l'attention attirée de ce côté. Mais, devant l'absence des stigmates de l'hystérie et des antécédents nerveux du malade, j'ai dû renoncer à ce diagnostic.

M. Marie. — Dans ce cas, je crois qu'il serait bon d'abandonner ici le terme de polynévrite périphérique vulgaire, si différente de ce qui nous est présenté, pour nous rattacher au terme de névrite spéciale, localisée à un nerf déterminé.

Devant l'attitude de ce pied et l'unilatéralité des lésions, on ne peut penser qu'à deux choses : l'hystérie ou des lésions articulaires. S'il faut rejeter l'une et l'autre, qu'on s'arrête au diagnostic de névrite, mais de névrite locale.

C'est même à ces sortes de lésions qu'il conviendrait de réserver le nom de névrite, puisque les névrites périphériques vulgaires sont des affections médullaires.

M. Rendu. — Ce malade me rappelle un autre malade qui nous fut présenté il y a quelques années par M. Barié. Il avait de l'hypéresthésie et des troubles moteurs de l'un des membres inférieurs. M. Thibierge a dû nous le représenter ensuite comme lépreux. Ne serait-ce pas là un cas de névrite localisée comme celui en présence duquel nous nous trouvons? Dans tous les cas, je suis de l'avis de M. Marie et je crois qu'il convient de faire le point de départ entre ce genre de névrites et les névrites classiques.

Variations du sang dans la cyanose et dans les changements d'altitude.

M. Marie. — Je vous présente ce malade moins au point de vue clinique que pour vous soumettre quelques considérations théoriques à son sujet. Je serai donc rapide sur son histoire.

C'est un homme de 32 ans, venu à la consultation de l'Hôtel-Dieu avec un état de cyanose manifeste. Au premier moment, je pense à un tuberculeux arrivé à la période asphyxique, et je l'admets dans mon service, pour ne pas le laisser dehors. Mais nous nous sommes facilement aperçus que notre diagnostic n'était pas exact. Nous constatons, à l'auscultation du cœur, un roulement diastolique dans la région de la base, et qui ne dure que deux jours. A ce moment-là, il ne reste qu'un souffle systolique à la base de l'appendice xyphoïde sans autre signe, toutefois, d'une insuffisance tricuspide. J'arrive donc au diagnostic de cyanose par malformation congénitale du cœur. Le malade en porte d'ailleurs tous les signes depuis longtemps. Il affirme que, de sa vie, il n'a pu courir ou même marcher un peu vite. Il a les doigts en baguette de tambour, sans que l'auscultation du poumon révèle quoi que ce soit d'anormal, et sans qu'on trouve de bacilles dans ses crachats. Sa région thoracique gauche est fortement saillante, ce qui est dû à une déformation congénitale des extrémités costales. Autre point : entre l'occipital et son point de jonction avec les pariétaux, existe une dépression facilement perceptible au toucher. Or, on sait que le développement de ces différents os, commence à la fin du deuxième mois de la vie fœtale. C'est également vers cette époque que se fait l'occlusion des cavités du cœur. Il y a entre ces faits une coïncidence qu'il importe de signaler.

D'autre part, cette cyanose peu intense est apparue tardivement vers l'âge de 30 ans. Mais il n'y a pas lieu de s'en étonner. On retrouve le fait dans tous les cas semblables publiés par les auteurs.

Voici maintenant les considérations que ce malade m'a suggérées. et que je désirais vous soumettre :

Depuis les travaux de M. Vaquez, suivis en Allemagne d'autres travaux analogues, on connait les modifications du sang dans les cas de cyanose. On sait, en particulier, que le nombre des globules rouges est augmenté. Le sang de mon malade a été examiné par les chefs de clinique de l'Hôtel-Dieu. Le nombre des globules rouges était de 7,900,000, au lieu de 5,250,000, qui est le chiffre normal. Le fer de l'hémoglobine était de 0.60 0/00, au lieu de 0.44, qui est la proportion ordinaire. Peut-on connaitre la cause de cet état spécial du sang ?

C'est ici que je veux établir un rapprochement entre les modifications du sang dans la cyanose et les modifications du sang dans les changements d'altitude.

Des travaux récents, faits par Viault en France et par Mercier (de Zurich), il résulte que le nombre des globules rouges du sang augmente avec l'altitude. Les chiffres suivants pourront en témoigner :

Christiania, plaine	4.970.000	globules rouges.
Gœttingue, 148 mètres	5.225.000	—
Gorhersdorf, 561 mètres	5.800.000	—
Cordillières, 4,392 mètres	8.000.000	—

Ces chiffres sont si exacts qu'ils remplaceraient, au besoin, les indications barométriques.

Cette augmentation des globules rouges se fait. comme une explosion. En cinq heures de temps, Mercier a vu, chez sa fille, montant à une hauteur de 1,880 mètres, les globules rouges s'élever très rapidement et augmenter de 7 à 800,000.

En général, cette augmentation continue pendant les quinze jours suivants. L'hémoglobine, qui diminue tout d'abord, s'élève ensuite dans une proportion plus grande que ne le font les globules. Et la preuve que c'est à l'altitude seule que ces faits doivent être rapportés, c'est qu'en retournant dans la plaine l'individu perd rapidement ce qu'il a gagné.

Le mécanisme de ces modifications globulaires doit être le même dans ces expériences physiologiques et dans les cas de cyanose ; ce sont les difficultés de l'hématose qu'il faut incriminer, dans les deux cas, quoiqu'elles soient d'ordre différent.

A mesure que l'on monte, la pression de l'air diminue et l'oxygène est en quantité moindre, il y a moins d'air respirable.

Chez les cyanotiques, l'hématose est difficile parce que les deux sangs sont mélangés, pour la plupart des auteurs, et surtout parce que le rétrécissement de l'artère pulmonaire empêche le sang d'arriver au poumon en quantité suffisante.

Dans les deux cas, l'hématose est donc rendue difficile. L'organisme, pour rendre l'hématose à peu près normale, prend un biais. Il multiplie les organes grâce auxquels se fait cette hématose.

Voilà les faits que je voulais communiquer, et je crois que cette question appelle encore d'autres examens qui continueront et compléteront ceux de M. Vaquez.

Un cas de myxœdème infantile.

M. Lebreton. — Au nom de M. Vaquez et au mien je rapporte à la Société une observation de myxœdème infantile. Il s'agit d'un petit malade, de l'hôpital des Enfants-Malades, que j'ai suivi pendant un an. Je ne rappellerai que très rapidement son histoire. C'est, à peu de choses près, celle que j'ai rapportée ici il y a quinze jours (Voir *Gazette Médicale* du 5 janvier 1895, n° 1, p. 8). Je tiens surtout à faire connaître ce qui est, je crois, assez nouveau, les modifications que le traitement thyroïdien a apportées au liquide hématique.

L'enfant a 3 ans ; il n'a aucune tare héréditaire. Il est né à terme et, peu après sa naissance, les extrémités étaient froides, cyanosées et œdémateuses. Il était très peu développé à ce moment, et il s'est incomplètement développé dans la suite. A 2 ans, la langue augmente de volume, elle se tuméfie, sort de la bouche et toute alimentation devient impossible. Quand je le vois la langue est dans le même état, les téguments sont blancs jaunâtres, la dentition irrégulière, il y a asphyxie locale des extrémités, il y a un peu de rachitisme, le tour de taille est de 46 centimètres et la hauteur de 64 centimètres. Il a le caractère tranquille, ne peut marcher et, fait sur lequel j'insiste particulièrement, la température rectale est de 34°7. Le corps thyroïde est absent. On se trouve naturellement en présence d'un cas de myxœdème infantile.

Je lui donne 20 centigrammes de corps thyroïde de mouton, le premier jour du traitement. Il y a le même jour un peu d'agitation et de nervosisme. Le second jour, j'arrête ; le troisième jour, je reprends et l'enfant supporte bien le traitement. Le septième jour, la température remonte, la langue diminue de volume, elle peut rentrer dans la bouche, l'intelligence semble s'éveiller, l'asphyxie des extrémités a disparu. Le mieux continuant, j'ai voulu, depuis, essayer de suspendre le traitement. Cet essai n'a pas réussi et j'ai dû continuer de donner 20 centigrammes de corps thyroïde tous les deux jours. En définitive, je dois actuellement régler la dose sur la température.

Aujourd'hui, 25 décembre, la langue est normale, le poids est de 6 kilos 500, la température est à 37°, 8 dents sont poussées, l'enfant toujours chétive ne parle pas, mais elle joue. Les urines. dans lesquelles il y a eu de l'albuminurie passagère, sont maintenant normales.

J'ai examiné le sang de cette enfant avant le traitement, le 10 septembre 1893 et pendant la période de thérapeutique active, le 20 octobre 1894. Le 10 septembre, il y avait 1,750,000 globules rouges, 4,500 globules blancs et 0.65 0/0 d'hémoglobine. Le 20 octobre, les proportions étaient changées. Il y avait 2,450,000 globules rouges, 9,600 globules blancs et 0.68 0/0 d'hémoglobine.

Nous avons encore fait, avec M. Vaquez, des préparations sèches de sang. Nous avons suivi la méthode présentée par Malassez à la Société de Biologie en 1889. Avant le traitement, le diamètre des globules rouges, plus grand que le diamètre normal, était de 8 μ 10. Comme ces dimensions résultent de l'examen d'un grand nombre de globules, je puis dire que notre erreur, s'il y en a une, n'excède pas 1/10 de μ. Nous devons encore signaler la présence de certains éléments géants atteignant jusqu'à 9 μ 2, 9 μ 5 et même 9 μ 7.

Le 20 octobre, un second examen nous montre que ces globules rouges ont diminué de diamètre, et qu'ils ne mesurent plus que 7 μ 57. Les procédés de coloration employés ont été l'éosine et l'hématoxyline, et la fixation a été faite à l'acide chromique au 1/100e.

Le 10 septembre, il y avait des globules rouges nucléés indéniables ; le 20 octobre, tout porte à croire qu'ils avaient disparu. Mais on ne saurait l'affirmer.

Pour ce qu'il est des globules blancs, le 10 septembre, l'on voyait que le rapport des leucocytes mononucléés aux leucocytes polynucléés était moindre que le rapport normal. Le 20 octobre, ce rapport était supérieur de 30 à 40 0/0, certains mêmes, mononucléés, atteignaient les fortes dimensions de 15 à 17 μ.

Le 10 septembre, les lymphocytes étaient en nombre assez élevé, ils avaient disparu le 20 octobre.

Cet examen du sang me conduit aux quelques remarques suivantes : L'examen du sang a été rarement fait dans les cas de myxœdème. Schmidt a tort de dire que le sang des myxœdémateux n'offre pas de caractères particuliers. Il y a deux ans, Trepling, dont je n'ai connu les travaux qu'ultérieurement à nos recherches, avait conclu comme nous que le diamètre des globules rouges était plus grand. Mais les expériences de cet auteur ne

portaient que sur des individus adultes, et je ne crois pas qu'on les ait jamais entreprises sur des cas de myxœdème infantile.

L'existence des globules rouges nucléés s'explique par ce fait qu'il y a chez les jeunes myxœdémateux persistance du processus fœtal de l'hématopoièse ; ce serait une sorte d'arrêt de développement du sang. J. P.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 12 janvier.

Sérothérapie dans la tuberculose et la syphilis.

M. Richet communique à la Société le résultat de ses expériences démontrant que le sérum d'un animal inoculé avec de la tuberculose contient toujours des principes toxiques; que le lait d'un animal inoculé avec cette même substance est à peu près inoffensif ; que le sérum normal ralentit la marche de la tuberculose ; enfin, que le sérum microbien est susceptible d'enrayer son développement. M. Héricourt, dit l'auteur, a commencé à traiter, il y a cinq ans, un sujet tuberculeux qu'il a guéri en lui inoculant du sérum de chien immunisé. Depuis cette époque, le même traitement, chez une femme atteinte de tuberculose, a donné d'excellents résultats.

M. Richet a fait également des essais de sérothérapie dans la syphilis. Il a employé du sérum d'un chien auquel il avait injecté, huit jours auparavant, du sang d'un syphilitique. Ces injections de sérum immunisé ont été faites chez une femme ayant contracté la syphilis vingt ans auparavant et chez laquelle se manifestaient des accidents nerveux tabétiques. Ces accidents ont disparu à la suite des injections.

Glycémie normale et diabète sucré.

M. Kaufmann. — Aux conclusions que j'ai déjà présentées à ce sujet, j'en ajouterai une nouvelle, c'est que le mode de régulation, qui régit la fabrication du sucre intra-hépatique, exerce aussi son influence sur le déversement dans le sang, par les tissus, de matériaux destinés à servir à la fabrication du sucre. La preuve, c'est que si sur un chien à qui on a enlevé le foie et le pancréas, on fait la piqûre du quatrième ventricule, celle-ci ne produit pas ses effets glycosurique et hyperglycémique habituels. Si, au contraire, l'animal placé dans les mêmes conditions est déjà hyperglycémique et glycosurique, la piqûre exagère beaucoup cette hyperglycémie et cette glycosurie. Or, cette augmentation ne peut s'expliquer que par une action transmise à d'autres organes que le foie et le pancréas, et il semble bien que cette action se transmet à tous les tissus de l'économie. Et ces tissus alors, ou bien déversent dans le sang des produits qui excitent l'activité hépatique, ou bien, ce qui est plus probable, des substances qui serviront à fabriquer le sucre dans le foie. J. P.

LES LIVRES

Manuel de médecine de Debove et Achard.

Maladies du tube digestif. (Tome V).

Le Manuel de médecine, dont MM. Debove et Achard poursuivent l'achèvement avec une persévérance éclairée, s'est accru récemment d'une nouvelle unité, le tome V, qui a pour objet les maladies du tube digestif, de la rate et du pancréas. Étudiants et médecins connaissent bien cette publication et apprécient, comme il convient, ces jolis volumes, dont la couverture élégante et souple semble faite exprès pour le plaisir des yeux et pour l'ornement des bibliothèques. Hâtons-nous de dire que le succès du Manuel ne tient pas à cette simple qualité de format extérieur et de reliure. Il procède de causes plus élevées, entre autres de la compétence toute spéciale des rédacteurs pour les sujets qui leur ont été attribués, et du caractère bien moderne des articles qui représentent vraiment l'état actuel de la science sur toutes les questions rassemblées dans chaque livraison. Faisons toutefois ici une légère restriction : Au chapitre de la diphtérie, par exemple, il n'est fait aucune mention de la sérumthérapie, ce puissant moyen curatif qui paraît devoir se substituer à tous les autres, dans le traitement de la plus redoutable des maladies infectieuses. L'article a été écrit sans doute à la veille du jour où cette grande découverte allait révolutionner, par son apparition, toutes les idées et tous les errements de la veille. Cette réflexion montre une fois de plus combien est rapide le mouvement qui transforme la pathologie, et, en particulier, combien il faut tenir compte de l'influence que la doctrine microbienne exerce sur nos conceptions relatives à la genèse et à la nature de certaines maladies, et, consécutivement sur la littérature médicale. Désormais, dans celle-ci, les auteurs ne peuvent plus se contenter de la description sèche et banale, dans laquelle ils semblaient naguère se copier les uns les autres, et dont le moindre défaut était de manquer d'originalité. Il faut désormais faire une plus grande part aux données de la bactériologie, et aux conceptions pathogéniques issues de celle-ci. Ceci apparaît surtout avec évidence au chapitre des angines, car c'est une véritable révolution que la connaissance du rôle des microbes a amenée là, et il devient impossible de comprendre la diphtérie, si l'on ne possède pas au préalable les notions que la science a réalisées récemment dans ce domaine. De même, dans un ordre d'idées très différent il est vrai, l'étude des dyspepsies et des gastrites est devenue inséparable de la connaissance du *chimisme stomacal* qui est indispensable à la classification et à l'individualisation de ces états si complexes. Si le traitement des dyspepsies est sorti du domaine de l'empirisme : s'il acquiert chaque jour un caractère d'exactitude plus satisfaisant, cela tient en grande partie aux données de laboratoire et à la notion mieux comprise des lois qui régissent la motilité du tube digestif et les sécrétions gastro-intestinales.

Ces réflexions nous ont entraîné un peu loin du tome V, sur lequel nous voulions formuler une appréciation d'ensemble. Nous résumerons celle-ci en disant que ce volume est digne de ceux qui l'ont précédé, et digne du même accueil favorable de la part de tous ceux qui cherchent à s'instruire et à se tenir au courant de l'évolution si remarquable de la pathologie contemporaine.

P. Muselier.

ACTES DE LA FACULTÉ

DU 12 AU 26 JANVIER 1895

EXAMENS

Lundi 21 janvier. — 2e Oral (1re partie) : MM. Farabeuf, Retterer, Poirier. — 2e (2e partie) : MM. Straus, Gley, Sebileau. — 3e (2e partie) : MM. A. Robin, Letulle, Gaucher.

Mardi 22 janvier. — 2e Oral (1re partie) : MM. Mathias-Duval, Panas, Brun. — 3e Oral (1re partie, 1re série) : MM. Duplay, Bar, Albarran. — 2e Oral (1re partie, 2e série) : MM. Berger, Maygrier, Poirier. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité : MM. Guyon, Schwartz, Guerin. — 5e (2e partie), Charité : MM. Cornil, Hallopeau, Ballet.

Mercredi 23 janvier. — 2e Oral (1re partie) : MM. Farabeuf, Tuffier, Retterer. — 2e (2e partie) : MM. Gley, Déjerine, Heim.

Jeudi 25 janvier. — *Médecine opératoire* : MM. Panas, Brun, Albarran. — 2e Oral (1re partie) : MM. Mathias-Duval, Sebileau, Poirier. — 3e (2e partie) : MM. Debove, Hanot, Ménétrier.

Vendredi 27 janvier. — 2e (2e partie) : MM. Gley, Delbet, André. — 4e : MM. Pouchet, Landouzy, Netter. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité : MM. Terrier, Tuffier, Lejars. — 5e (2e partie), Charité : MM. Potain, Brissaud, Letulle. — 5e (1re partie), Obstétrique (Clinique Baudelocque) : MM. Pinard, Marchand, Varnier.

Samedi 26 janvier. — 2e (2e partie : MM. Mathias-Duval, Hanot, Charrin. — 3e (2e partie) : MM. Debove, Raymond, Troisier. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu : MM. Le Dentu, Berger, Nélaton. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu : MM. Marie, Marfan, Roger.

THÈSES

Mercredi 23 janvier, à 1 heure. — *M. Gervais* : Contribution à l'acné professionnelle. — *M. Lachowski* : Résultats immédiats et éloignés des divers modes du rétrécissement dit syphilitique du rectum. — *M. Fichot* : Contribution à l'étude des gastro-entérites des enfants du premier âge. — *M. Hillegass* : Contribution à l'étude de l'entéralgie. — *M. Morange* : De la psittacose ou infection spéciale déterminée par des perruches. — *M. Natanson* : De l'opération radicale de la hernie inguinale chez les enfants du premier âge. Ses suites immédiates et éloignées, ses indications et ses contre-indications. — *M. Anneau* : De la cystostomie suspubienne à Paris. — *M. Katz* : Traitement de l'exstrophie de la vessie.

Jeudi 24 janvier, à 1 heure. — *M. Lecomte* : Escrime au point de vue médical. — *M. Dannel* : Résultats éloignés des opérations conservatrices de l'ovaire (révuls on. ignipuncture). — *M. Wisner* : Contribution à l'étude du cancer du testicule ectopié. — *Mme Peltier* : La méthode de Thure Brandt et son application au traitement des maladies des femmes. — *M. Raffray* : Des métrites. Considérations cliniques et thérapeutiques. — *M. Behr* : Des bystes hydatiques du poumon.

AGRÉGATION

Les épreuves du concours d'agrégation en médecine se poursuivent. Voici les dernières questions traitées en leçons de trois quarts d'heure :

Le 7 janvier. — *M. Foveau* : Diagnostic et signification clinique des paralysies des muscles de l'œil.

Le 8 janvier. — *MM. Ausser* et *Sabrazès* : Troubles trophiques du tabes.

Le 9 janvier. — *MM. Chatin* et *Gilles de la Tourette* : Du zona.

Le 10 janvier. — *MM. Thiroloix et Girode* : Péricardites chroniques.

Le 11 janvier. — *MM. Legay et Wurtz* : Des manifestations cérébrales dans le rhumatisme articulaire aigu.

Le 12 janvier. — *MM. Dupré, Etienne* : Accidents de la lithiase rénale.

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

FACULTÉS

Faculté de médecine de Paris.

PRIX DE L'ANNÉE 1893-94

Prix de Châteauvillard : 500 fr. à M. Letulle (L'inflammation) ; 500 fr. à MM. Ribemont-Dessaigne et Lepage (Précis d'obstétrique) ; 500 fr. à M. Vialet (Les centres cérébraux de la vision) ; 500 fr. à M. Artault (Recherches bactériologiques, mycologiques, zoologiques et médicales de l'œuf de poule).

Prix Jeunesse (Hygiène) : 1,000 fr. à M. Théry (Statistique de la mortalité pour variole en Angleterre) ; 500 fr. à M. Onimus (Recherches sur les variations thermométriques au point de vue de l'hygiène).

Prix Barbier : 600 fr. à M. Repin (Fils à sutures) ; 200 fr. à M. Sureau (Skiacope-optomètre) ; 200 fr. à M. Lefilliatre (Appareil enregistreur pour tous les tremblements y compris ceux de la langue).

Prix Montyon : MM. Sapelier et Vilcourt, internes à la maison de Nanterre.

Prix Bohier : M. Plicque.

Prix Lacaze : M. Thoinot.

Thèses. — *Médaille d'argent.* — MM. Tessier, Cazin. Cuénod, du Pasquier, Guyon, H. Martin, Sabouraud, Sottas, Souligoux, Baudron.

Médaille de bronze. — MM. Blaise, P. Bonnier, Broca, Brunet, Camus, Cestan, Chassevant, Chipault, Collin, Mme Dluski, Grasset, Lafay, L. Martin, Morax, Morestin, Quevedo, Rouqués, Thiercelin, Pompidor.

Mention honorable. — MM. Barrié, Berthelin, Chibret. Contrastin, Dupuy, Escat, Fabre, Guépin, Guitton, Janlin. Journeault, Mme Kalopothakès. Le Moniet, Mergier, Orillard, Picquet, Potier, Tariel. Tollemer, Veslin.

NOUVELLES

Un monument à Maillot.

Un comité s'est formé pour ériger un monument sur une place publique de Briey, à la mémoire du docteur Maillot, ancien président du conseil de santé des armées.

Dans l'appel aux souscripteurs, ce comité rappelle ce qu'était la mortalité palustre en Algérie au moment (1834) où Maillot introduisit la médication par le sulfate de quinine à hautes doses. A Bône, cette mortalité atteignait 25 0/0. Sur un effectif de 5,500 hommes de garnison, il en mourait, en effet, 1,100.

A Milianah, en 1834, une colonne de 1,100 hommes valides fut réduite, en 90 jours, à 300 hommes ; trois mois plus tard à 80. Sur un poste de 27 hommes, au blockaus de la Fontaine, 25 succombèrent en quelques jours, y compris le médecin.

En un temps où l'on abuse un peu du bronze et du marbre, un monument élevé à la mémoire de Maillot, le bienfaiteur de l'Algérie et de l'humanité — comme l'a appelé M. Verneuil — fera une très heureuse exception.

(Les souscriptions sont reçues à Briey (Meurthe-et-Moselle), chez M. Schwartz, trésorier du comité).

Une langue scientifique internationale.

On sait que les journaux russes, en vue du prochain Congrès international de médecine de Moscou, ont proposé l'adoption du français comme langue scientifique internationale, de façon à supprimer une des principales causes de la confusion lamentable qui fit du Congrès de Rome une véritable tour de Babel.

Cette idée a trouvé de nombreux adhérents en Allemagne, notamment dans la *Deutsche medizinische Wochenschrift*. Les Anglais et les Américains ne se sont pas encore prononcés, mais, si nous nous en rapportons à certaines conversations échangées à Rome entre Anglo-Américains et Français, il n'y aurait rien d'impossible à ce que, dans les pays de langue anglaise, on se ralliât à l'opinion des Russes, et, probablement, des Allemands.

Peut-être, malgré tout, ne faudrait-il pas voir dans ce consensus simplement un hommage rendu à la clarté et à la précision de notre belle langue française. Il nous souvient qu'à Rome, le dernier jour du Congrès, alors qu'on commençait à agiter cette question dans les groupes, un médecin allemand fit cette remarque : « On a parlé d'adopter le latin, le grec, c'est-à-dire des langues mortes, comme langue scientifique internationale des Congrès. Ce n'est pas pratique, ne fût-ce que pour cette raison que les Anglais et les Américains sont pour la plupart assez étrangers au latin et au grec. La langue française remplira bien mieux le but. Au surplus, si on considère la petite quantité d'hommes qui la parlent, comparativement au nombre de ceux qui parlent l'anglais ou l'allemand, ne peut-elle être considérée comme faisant presque partie du groupe des langues mortes ? En tout cas, cela viendra assez vite. » (*Bulletin Médical.*)

La concurrence.

Nous lisons dans le n° 24 de la *Hygienische Rundschau* (Revue d'hygiène), que M. C. Frænkel prétend avoir déterminé par la méthode d'Ehrlich le degré d'énergie du sérum antidiphtérique de Roux. Le sérum français serait médiocre ; pour une même quantité, il ne contiendrait que deux cents unités antitoxiques, c'est-à-dire qu'il serait trois fois moins énergique que le sérum Behring n° 1 (étiquette verte ; prix marqué : 6 marks), cinq fois moins que le n° 2 (étiquette blanche ; prix : 11 marks) et huit fois moins que le n° 3 (étiquette rose ; prix : 16 marks).

Qu'on se le dise ! ! ! La fabrique d'Hochst, malgré ses prix modérés, est la seule à offrir à ses clients des produits vraiment supérieurs, défiant toute concurrence. (*Bulletin Médical.*)

Société de Chirurgie de Paris.

La Société de Chirurgie de Paris tiendra sa séance annuelle le mercredi 23 janvier à quatre heures.

Ordre du jour :

1° Allocution de M. L. Championnière, président ;

2° Compte rendu des travaux de l'année 1894, par M. Peyrot, secrétaire annuel ;

3° Eloge du professeur Le Fort, par M. Ch. Monod, secrétaire général ;

4° Proclamation des prix pour l'année 1894.

Concours public pour la nomination à trois places de médecin au Bureau central d'admission dans les hôpitaux et hospices civils de Paris.

Ce concours sera ouvert le lundi 18 février 1895, à midi, à l'administration centrale, avenue Victoria, n° 3.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir se feront inscrire au secrétariat général de l'administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, et y déposeront leurs titres.

Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le vendredi 18 janvier 1895, et sera clos définitivement le samedi 2 février, à trois heures.

Concours d'admission aux emplois d'interne et d'interne provisoire en médecine et en chirurgie à la Maison départementale de Nanterre.

Ce concours sera ouvert le 15 février prochain, à la Maison départementale de Nanterre.

Les candidats devront se faire inscrire à la Préfecture de police (service du personnel, caserne de la Cité), du 10 janvier 1895, à 10 heures du matin, au 1er février, à 4 heures du soir.

Ils devront remplir les conditions suivantes :

1° Etre Français ;

2° Etre âgés de moins de 28 ans ;

3° Etre pourvus d'au moins douze inscriptions en médecine justifiées par un certificat de scolarité de date récente ;

4° N'être pas reçus docteurs en médecine.

Ils devront adresser au Préfet de police une demande sur papier timbré et y joindre un extrait authentique sur timbre de leur acte de naissance, un extrait du casier judiciaire remontant à moins d'un mois, les pièces établissant leur situation au point de vue militaire, une notice indiquant leurs titres scientifiques ou hospitaliers.

Aspirants au doctorat en médecine.

Par décret, en date du 31 décembre 1894, les aspirants au doctorat en médecine inscrits dans les écoles de plein exercice de médecine et de pharmacie subissent devant ces écoles les premier, deuxième et troisième examens de doctorat.

Les jurys d'examen sont présidés par un professeur de la Faculté.

Sont abrogées les dispositions antérieures contraires à celles du présent décret.

Sixième Congrès annuel des médecins aliénistes et neurologistes

Le sixième Congrès annuel des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française s'ouvrira le jeudi 1er août 1895, à Bordeaux, sous la présidence de M. le Dr Joffroy, professeur de pathologie mentale à la Faculté de médecine de Paris.

Questions à discuter : Pathologie nerveuse : glande thyroïde et goitre exophtalmique ; rapporteur, M. Brissaud. Pathologie mentale : les psychoses de la vieillesse ; rapporteur, M. Ritti. Médecine légale : les impulsions épileptiques au point de vue médico-légal ; rapporteur, M. Parant.

Prix de la cotisation, 20 francs. Adresser dès maintenant les inscriptions et toutes communications à M. le Dr E. Régis, chargé de cours à la Faculté de médecine, 54, rue Huguerie, à Bordeaux, secrétaire général du Congrès.

Le nombre des étudiants étrangers à Paris.

Le doyen de la Faculté de médecine de Paris a fourni au Conseil académique les renseignements suivants :

Le nombre des étudiants étrangers est considérable : sur un total de 5,144 étudiants, on compte 1,002 étrangers, dont 833 hommes et 169 femmes, les étudiantes françaises ne sont que 26.

M. Brouardel a fait remarquer à cette occasion que le nombre des étudiants a doublé depuis huit ans ; les locaux de la Faculté seront trop petits avant d'être terminés ; de nouveaux sacrifices seront nécessaires ; les études médicales prennent une forme qui obligera la Faculté à faire un appel constant au Parlement. Les grandes découvertes actuelles exigent que chaque candidat au doctorat possède une instruction très complète ; cette instruction ne peut être fournie aux étudiants qu'en les réunissant en groupes peu nombreux.

Il y aurait lieu, d'autre part, de se préoccuper de faire reporter sur la province les jeunes docteurs qui, en trop grand nombre à Paris, y vivent péniblement. A cet effet, les communes des départements devraient consentir quelques sacrifices pour attirer les médecins. Un subside de 1,000 fr. serait suffisant pour commencer. Dans la Seine-Inférieure, grâce à l'initiative de M. le préfet, 45 docteurs ont fait élection de domicile l'an dernier. Les communes dont les ressources ne permettent pas ce sacrifice, pourtant bien minime, pourraient revenir à la pratique du siècle dernier, qui consistait à donner la maison au médecin.

Libéralités scientifiques.

EN FRANCE

Par décret, en date du 5 janvier 1895, le doyen de la Faculté de médecine de Paris est autorisé à accepter, au nom de cet établissement, aux clauses et conditions énoncées dans l'acte notarié du 21 juillet 1894, la donation faite à ladite Faculté par la dame Alexandra-Vincentine-Soplide Wolokska, veuve Léon Faucher, d'une rente de 1,200 francs en 3 0/0 sur l'Etat français, pour les arrérages être employés, chaque année, à acquitter les frais de scolarité, d'examen et de diplôme, ainsi que les frais d'impression de la thèse de deux étudiants français et de deux étudiants polonais.

EN RUSSIE

Le Conseil d'Etat de Saint-Pétersbourg va s'occuper prochainement du projet de la création d'une école de médecine pour les femmes. Le projet est déjà élaboré par une commission spéciale du ministère de l'instruction publique.

La création de cette école est vivement réclamée en Russie. Parmi les documents déposés au Conseil d'Etat se trouvent en effet de nombreuses pétitions provenant de divers « Zemstvo » (départements communaux), demandant l'ouverture de la nouvelle école dans le plus bref délai possible.

D'autre part, Mme Rodstvennaïa-Chaniavskaïa a pris l'engagement de fournir pendant dix ans la somme annuelle de 12,000 roubles (environ 30,000 fr.) si l'école est ouverte en 1895.

(*Médecine moderne.*)

Si, en France, il prenait fantaisie à quelque femme généreuse d'assurer à l'enseignement médical une aussi respectable rente, nous pensons qu'elle aurait mieux à faire que d'imiter l'exemple de Mme Rodstvennaïa-Chaniavskaïa.

VARIA

L'homme-singe est-il trouvé ?

Une découverte biologique d'un intérêt réellement colossal, si elle est exacte, a été faite récemment à Java par M. le Dr Dubois, médecin militaire hollandais, et communiquée cette semaine à la Société de Géographie et à la Société d'Anthropologie.

Il ne s'agit rien moins que de la trouvaille, cette fois indiscutable, dit-on, de l'intermédiaire tant attendu entre l'homme et le singe, de l'Anthropopithèque ou plutôt du *Pithecanthropus erectus*, prédite depuis longtemps par tous les Darwinistes.

Avec la découverte du troisième gaz de l'air, de l'*Eckazote*, comme on l'appelle désormais, c'est là, indiscutablement, le fait scientifique le plus important de l'année 1894. Et, comme l'a bien fait remarquer notre cher maître, le professeur Mathias Duval, c'est le plus beau joyau de la couronne anthropologique. Honneur donc à Darwin et à Broca, qui ont préparé de longue main ce magnifique triomphe de la science moderne sur les errements du passé.

(*Progrès Médical.*)

La syphilis par contamination obstétricale au XVIIe siècle.

Voici un curieux arrêt du Parlement que cite le *Journal de Médecine de Paris*, d'après un document original de M. Dumont et qui montre que la législation ancienne savait déjà parer d'une manière fort précise aux délits que les syphilographes d'aujourd'hui ont si grand'peine à faire établir et que nos lois modernes ne peuvent atteindre qu'en les rangeant dans la vague catégorie des blessures par imprudence :

« Arrest donné en la chambre de la Tournelle le 6 avril 1628 au rapport de M. de Caradas, par lequel une obstétrice nommée Eudat a esté condamnée en amende et interest envers la partie et à estre mise trois heures au careau vis-à-vis la Madelaine pour avoir donné la verole à une femme en la délivrant d'enfant. Aucuns de Messieurs tenoient que la verole ne se peut gagner *sine coïtu*. Que quand cela serait, cette obstétrice l'aurait pu

66e ANNÉE. 9e SÉRIE. TOME II — N° 4 — 26 JANVIER 1895

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : Dr F. de RANSE — *Rédacteur en chef :* Dr Pierre SEBILEAU

Secrétaire de la Rédaction : M. Em. EMERY

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 28, rue Vignon

TRAVAUX ORIGINAUX

Etude expérimentale sur la dilatation de l'anus.

Par M. E. QUÉNU, chirurgien de l'hôpital Cochin.

La dilatation de l'anus est usitée comme procédé thérapeutique, soit à titre d'opération préliminaire pour faciliter l'opération principale en relâchant les spincters et en produisant la béance de l'anus, soit à titre d'opération curative dans le traitement des hémorrhoïdes et surtout de la sphinctéralgie et de la fissure anale. Quels sont les désordres locaux engendrés par elle; quel mécanisme doit-on invoquer pour expliquer son action ? Voilà le problème que nous nous sommes posé, et que nous avons cherché à résoudre par l'expérimentation sur les chiens, aidée de nos observations cliniques et anatomiques chez l'homme (1). Nos expériences (2) ont porté sur sept chiens de tailles diverses, les uns mâles, les autres femelles. L'animal, étant fixé sur la planche, est soumis à l'anesthésie chloroformique ; alors les deux pattes de derrière sont détachées, et la dilatation digitale de l'anus est pratiquée en usant d'une force d'écartement égale à celle qu'on déploie d'ordinaire chez l'homme.

Comme les ischions sont très rapprochés et gênent l'écartement des doigts, la dilatation est faite à la fois dans les deux sens : transversal et antéro-postérieur. Quelques minutes après, l'animal est sacrifié, tantôt par asphyxie chloroformique, tantôt par ouverture d'une artère. Un des chiens n'a été sacrifié que cinq jours après l'opération.

Avant de tuer l'animal, nous observons préalablement les résultats de la dilatation : l'anus est béant, laissant voir la muqueuse éversée; les sphincters sont relâchés au point d'admettre aisément deux doigts. Ces résultats sont en tout comparables à ceux qu'on note dans les opérations pratiquées chez l'homme.

Nous observons chez trois chiens une ecchymose sous-muqueuse d'une certaine étendue, ou bien deux ou trois petites taches ecchymotiques sous-muqueuses et intra-muqueuses. Chez aucun il n'existe d'infiltration sanguine dans l'épaisseur du muscle sphinctérien. A l'œil nu, les fibres musculaires paraissent intactes, sans déchirure aucune. Le raphé conjonctif très net, auquel s'insèrent en arrière les fibres striées, est également intact, ainsi que les deux grosses glandes anales qu'on trouve constamment remplies de liquide.

Avant toute dissection, nous avons tenu à nous assurer de l'état de la contractilité musculaire. La propriété contractile est bien conservée : il suffit d'exciter directement la surface du muscle sphinctérien avec la pointe d'un scalpel pour le voir se contracter énergiquement. L'excitabilité du nerf sphinctérien moyen demeure intacte ; si, en effet, on serre le filet nerveux entre les mors d'une pince, ou si on excite simplement la tranche de section, on voit le muscle se contracter avec énergie.

Nous avons, par des coupes faites en différents sens après inclusion dans la paraffine, pratiqué l'examen histologique des fibres musculaires : nous n'avons relevé aucune altération appréciable. Nulle part, on n'observe d'infiltrats sanguins ni de cassures soit dans la continuité d'un faisceau primitif, soit à son insertion sur le raphé.

De cette absence de lésions musculaires, de cette conservation des propriétés physiologiques du muscle et du nerf qui l'anime, nous sommes autorisé à conclure que les phénomènes observés à la suite de la dilatation *chez le chien* sont indépendants de toute lésion locale. Or, ces phénomènes consistent essentiellement en une sorte de paralysie des sphincters, paralysie d'où résulte la béance de l'anus et l'éversion de la muqueuse. Cette paralysie est d'ailleurs rarement complète; il s'agit plutôt d'une parésie, d'une diminution de tonicité ; la durée en est variable : la béance de l'anus qui correspond à l'atonie complète ne dure guère qu'un quart d'heure; au bout de ce temps, la muqueuse herniée rentre, et l'orifice anal reprend son

(1) ALLINGHAM (*Maladies du rectum*, édit. 1888, p. 221) rappelle qu'une autopsie a été faite à Paris chez une jeune fille morte du choléra quelques heures après qu'on eût fait la dilatation pour une fissure. Le chirurgien, dont j'ai oublié le nom, dit-il, constata qu'aucun des fibres des sphincters n'avait subi la moindre déchirure, bien que la muqueuse fût légèrement lacérée.

(2) Faites avec l'aide de M Manson, notre préparateur.

aspect ordinaire. A ce moment, on ne constate encore aucune reprise de la tonicité; une demi-heure après, le doigt introduit dans l'anus ne sent aucune constriction, mais une excitation de la peau péri-anale détermine une légère contraction. Ces observations sont faites, le chien étant parfaitement réveillé, mais encore fixé sur la planche; alors détaché, l'animal a quelques épreintes. Trois quarts d'heure après, l'introduction d'un doigt dans l'anus donne une sensation de constriction, amoindrie mais très nette. Une heure après, il ne serait guère possible, sans violenter l'anus, d'y introduire deux doigts. Deux heures après, même état. Au bout de vingt-quatre heures, l'orifice anal est légèrement tuméfié et présente un peu de suintement muqueux; le doigt pénètre encore facilement, l'introduction est douloureuse. Quarante-huit heures après, le chien se débat quand on pratique le toucher rectal, la constriction sphinctérienne paraît à peu près normale. Au bout de soixante-douze heures, la tonicité sphinctérienne a repris complètement ses limites normales (1).

Les phénomènes immédiats obtenus par dilatation sont comparables, dans une certaine mesure, à ceux qu'on peut obtenir du côté de l'anus pendant l'anesthésie chloroformique chez quelques malades.

Tout dernièrement, nous avions placé une jeune femme, atteinte de métrite, dans la position dorso-sacrée, l'anesthésie n'étant pas absolument complète. Nous nous préparions à faire les lavages du vagin préliminaires, quand nous nous aperçûmes que l'anus était béant, assez largement ouvert pour admettre le pouce et laisser voir à distance de grandes portions de muqueuse rectale. Cette béance avec atonie complète des sphincters dura plus de deux minutes et disparut soudainement sous l'influence d'une irrigation vaginale chaude; l'anus reprit son aspect ordinaire sans aucune disposition infundibulaire, et la tonicité sphinctérienne sa mesure normale.

De ce fait d'observation une seule interprétation est possible : l'anesthésique a momentanément paralysé le centre ano-spinal et mis les sphincters en résolution par l'intermédiaire de la moelle épinière, comme il fait pour les autres muscles.

Puisqu'aucune lésion anatomique appréciable du muscle, aucune altération physiologique de l'appareil neuro-musculaire ne peuvent être invoquées pour expliquer la diminution momentanée de la tonicité sphinctérienne, nous sommes bien obligé de rapporter cette dernière à une cause centrale et de dire : Quand on pratique la dilatation forcée de l'anus, on agit non localement sur l'anus, mais à distance sur la moelle épinière. On paralyse le centre ano-spinal par l'intermédiaire des nerfs sensitifs; à l'aide d'une excitation violente de ces nerfs, on provoque en un mot un phénomène d'inhibition.

Est-il nécessaire de rappeler que, même chez des sujets profondément endormis par le chloroforme, la dilatation anale réveille des réflexes médullaires considérables, qu'il survient presque toujours un arrêt respiratoire en inspiration, avec bruit laryngé intense, et une de sorte de spasme musculaire généralisé, tous phénomènes qui prouvent à quel degré l'acte opératoire actionne l'axe bulbo-médullaire. On s'explique aisément qu'à cette excitation violente succèdent des phénomènes paralytiques localisés précisément dans la zône où aboutissent les nerfs sensitifs de l'anus; on conçoit aussi qu'ils la dépassent, et que la vessie soit parfois frappée d'atonie, de même que dans toutes les autres opérations qui portent sur l'anus. On observe, en effet, chez certains opérés, de la rétention d'urine sans spasme du col et simplement due à la paralysie vésicale; ces paralysies vésicales durent parfois plusieurs jours (1).

Les excitations vives et brusques des nerfs sensitifs de l'anus ne sont pas les seules qui retentissent sur le centre ano-spinal, centre que Masius (2) localise chez le lapin dans la moelle dorsale, entre la sixième et la septième vertèbres; le pincement du gros orteil arrête les contractions rhythmiques qui surviennent chez le chien dont on a coupé la moelle lombaire et dont on a excité l'anus par l'introduction du doigt (Expér. de Goltz) (3).

On sait, d'autre part, que les fortes émotions psychiques amènent un relâchement brusque des sphincters; l'action directe d'un anesthésique sur la moelle, le pincement d'un nerf sensitif quelconque, une émotion forte, voilà donc autant de causes diverses qui provoquent un phénomène d'arrêt du côté des nerfs sphinctériens. On s'explique cependant que l'excitation violente des nerfs sensitifs de l'anus ait une action prépondérante et surtout plus durable.

Ces conclusions ne sont applicables qu'aux dilatations pratiquées sur un anus non ulcéré. Lorsqu'il existe une fissure engendrant par voie réflexe une contracture sphinctérienne, les conditions sont un peu différentes. Il n'y a toutefois aucune raison de supposer que l'effet produit par l'opération sur les muscles soit autre que précédemment, mais il s'y ajoute un effet sur l'ulcère fissuraire. En effet, la dilatation, même simplement digitale, modifie la fissure; elle l'élargit et la déchire. Nous devons par suite examiner cette déchirure et la faire entrer en ligne de compte dans la solution du problème.

Ici, l'expérimentation nous fait défaut.

Dire qu'on a transformé une plaie ulcéreuse en plaie de bonne nature n'est qu'exposer le fait et non l'expliquer, car, si cette plaie est devenue ulcéreuse à la suite d'un craquement de la muqueuse, c'est qu'elle s'est chroniquement infectée; or, à ce point de vue de l'infection, elle se retrouve exactement dans les mêmes conditions qu'avant la dilatation.

La dilatation aurait-elle déterminé une élongation des nerfs sensitifs comme le suppose Van Buren (4) en s'appuyant sur la diminution de la sensibilité? En premier lieu, il ne faut pas confondre la diminution de la douleur avec la diminution de la sensibilité ou anesthésie.

Les dilatés de l'anus n'ont aucunement l'anus insensible : tous souffrent, et quelques-uns d'une façon vive : pendant quelques heures, les moindres attouchements sont parfaitement sentis; la première garde-robe, vingt-

(1) Chez l'homme, l'atonie du sphincter persisterait une semaine, d'après Ball (Ch. Ball, *Traité des maladies du rectum*, p. 11).

(1) Chez une malade observée dernièrement avec le professeur Terrier, l'application d'une pommade sur l'anus détermina une rétention d'urine nécessitant le cathétérisme.

(2) Mémoires de l'Académie de Belgique, 1870.

(3) Citée par Beaunis.

(4) *Transactions of the Academie of medecine*. VII, p. 180.

quatre ou quarante-huit heures après l'opération, est moins douloureuse, il est vrai, mais ce résultat ne démontre en rien qu'il y a anesthésie de l'anus. Le chien dont l'anus est dilaté, a des épreintes, des envies de pousser; plus d'une heure après l'opération, l'introduction du doigt amène des réflexes du côté de la queue.

D'autre part, que penser d'une élongation des nerfs sensitifs, produite par la dilatation, théorie que défend Van Buren; comment admettre un instant que les nerfs soient tiraillés et élongés dans un acte qui rapproche les ramifications du tronc nerveux? Ceux qui ont pratiqué les élongations de nerfs savent quelle force il faut déployer, quelle violence est nécessaire pour obtenir un résultat sur un nerf qu'on tient, qu'on fixe et qui n'est pas mobile et fuyant, perdu dans le tissu musculaire. Le rapprochement avec l'élongation du sciatique n'est donc qu'une ingénieuse comparaison, non un argument.

Il est une concession que nous pouvons faire à Van Buren et à Ball, c'est que les jours qui suivent la dilatation, l'hyperesthésie autour de la fissure diminue et disparaît.

La disparition de cette hyperesthésie s'explique aussi bien par une diminution de l'excitabilité centrale que par une modification des filets périphériques. On peut encore émettre cette hypothèse que la déchirure de la plaie fissuraire libère les filets nerveux sous-jacents à la fissure, filets que nos examens histologiques nous ont montrés entourés de cellules rondes et atteints de périnévrites. Cette hypothèse rendrait bien compte des cas où les douleurs ont survécu à la dilatation, à la suppression de la contracture et à la cicatrisation de la plaie; elle reçoit une confirmation des faits de guérison après une simple incision superficielle du fond de la fissure. Quoi qu'il en soit, nous faisons jouer le principal rôle dans la guérison de la fissure à la disparition de la contracture sphinctérienne. Cette contracture cède à la section profonde du sphincter par la méthode d'Hilton ou à la dilatation.

La dilatation forcée de l'anus agit essentiellement en produisant l'atonie réflexe des sphincters.

REVUE MÉDICALE

La contagiosité du cancer.

Si la question de la nature du cancer revient encore une fois sous notre plume, c'est qu'elle est d'un intérêt supérieur et digne des méditations des nosologistes et de tous ceux qui, par occasion ou par goût, sont appelés à discuter les grands problèmes de la médecine générale. Tout récemment, elle a été remise sur le tapis au Congrès de Lyon, où elle a fourni le sujet de communications très écoutées, sinon tout à fait décisives dans leurs conclusions. Pour l'instant nous voulons l'envisager seulement par une de ses faces, au point de vue de la contagiosité, que nous pouvons considérer à part, abstraction faite de ce qui se rapporte à l'essence même de la maladie.

La *Revue Rose* vient précisément de publier un article sur ce sujet, sous la signature de M. H. Morau. Dès les premières lignes l'auteur s'affirme comme partisan convaincu de cette notion de la contagiosité du cancer. Pour justifier cette opinion il s'adresse d'abord à la clinique à laquelle il demande des preuves qui, nous devons le reconnaître avec regret, sont presque toutes empruntées à l'expérience des autres et pour le choix desquelles il ne s'est pas, selon nous, montré assez sévère. Parmi les faits qu'il invoque, bon nombre sont pour nous d'anciennes connaissances. Voici, par exemple, la statistique de M. Arnaudet (de Cormeilles), dont nous avons déjà eu occasion de parler antérieurement. On sait que M. Arnaudet a révélé, dans la commune où il exerce, la proportion énorme de 14.80 0/0 comme représentant le nombre annuel des cancéreux emportés par leur mal. Vient ensuite le mémoire de M. Fiessinger relatif à une épidémie de cancer observée à Oyonnax et à propos de laquelle ce praticien distingué cite le fait de 4 néoplasmes survenant en moins de quatre ans dans un groupe de 3 maisons: coïncidence assurément remarquable, pour l'explication de laquelle notre confrère paraît disposé à incriminer la dissémination du mal par les pièces de pansement provenant d'une femme atteinte d'un cancer ulcéré du sein, autrement dit une véritable contagion. A côté de ces deux faits principaux, il y a d'autres relations partielles relevées de ci et de là et qui tendent aux mêmes fins, c'est-à-dire à établir la contagiosité du cancer de l'être humain à l'être humain. Enfin, il y a les observations moins nombreuses et moins probantes, qui visent la propagation de l'espèce animale à l'homme et inversement. Mais celles-ci doivent rester au second plan, parmi les documents qui peuvent fournir un appoint à la démonstration ebrechée. En pareille matière, il faut savoir se borner, et il importe de circonscrire le débat dans les termes où il doit être maintenu, savoir la contagiosité du cancer envisagée exclusivement chez l'homme.

M. H. Morau ne semble concevoir aucun doute sur l'existence de cette contagiosité. L'objection tirée de la possibilité d'une coïncidence ne le touche que médiocrement, il l'écarte même délibérément comme une explication indigne d'un esprit sérieux, en tout cas insuffisante à rendre compte des faits constatés. Il y a pour lui subordination ou plutôt filiation directe dans ceux-ci, mieux encore, un véritable rapport de cause à effet qui écarte par lui-même tout autre essai d'interprétation. Il n'envisage d'ailleurs que ce côté simple du problème; il ne cherche pas à pénétrer la nature du contage, il laisse à d'autres le soin d'émettre des hypothèses sur ce point et de chercher s'il y a réellement un élément parasitaire et à quelle classe appartient celui-ci. La conviction qu'il exprime concernant la contagiosité va même jusqu'à lui faire préférer celle-ci à la théorie de l'hérédité, l'influence de cette dernière pouvant, suivant lui, se ramener à une question de contagion plus ou moins directe. Le cancer se rapprocherait ici de la tuberculose, pour laquelle l'influence héréditaire a été longtemps la seule admise, jusqu'au jour où Villemin démontra, par des expériences irréfutables, la nature inoculable et contagieuse de la maladie, créant ainsi un précédent qui, dans l'avenir, pourra servir de modèle à toutes les démonstrations du même genre.

Mais les preuves tirées de la clinique sont toujours un peu discutables, partant fragiles et insuffisantes à édifier la vérité. Aussi M. H. Morau a-t-il tenté à son tour pour le cancer ce que son illustre prédécesseur avait fait pour la tuberculose. Les recherches qu'il a instituées dans ce but, et dont il donne le détail précis dans la *Revue Rose*, ont été sans doute conduites avec toute la rigueur de la méthode expérimentale. Les remarques et conclusions qu'il a cru

pouvoir en tirer méritent certainement l'attention. C'est, en premier lieu, la reproduction de l'élément histologique caractéristique du cancer chez un animal inoculé avec des fragments cancéreux prélevés sur un néoplasme développé spontanément chez un autre animal de même espèce. Puis, c'est la modification graduelle de cet élément chez l'inoculé, aboutissant à une sorte de perfectionnement cellulaire, à une manière de sélection histologique, grâce à laquelle, au bout d'un certain nombre d'inoculations en série, le type primitif réapparaît dans toute sa pureté. C'est enfin la prolifération étonnante de ces cancers expérimentaux produisant des tumeurs énormes, avec, en regard, cette constatation paradoxale d'une persistance relative de la santé générale : remarque d'ailleurs conforme à ce que nous apprend l'observation clinique, laquelle nous montre assez souvent chez l'homme une disproportion visible entre l'état général et le développement des néoplasies carcinomateuses.

A côté de ces remarques principales, il en est d'autres non moins intéressantes. Telle l'influence des parasites animés (punaises, poux, etc.) comme intermédiaires et agents propagateurs du cancer d'un animal à l'autre, fait qui concorde bien avec ce que nous savions du rôle des insectes dans la dissémination de certaines maladies. Telle encore l'influence de la gestation agissant sur les femelles inoculées comme un véritable coup de fouet, comme un traumatisme qui viendrait précipiter l'évolution des tumeurs expérimentalement développées. A propos de cette dernière constatation, on pourrait rappeler des faits cliniques bien connus qui montrent le rôle néfaste de la grossesse vis-à-vis de l'évolution de certaines maladies. En résumé, M. H. Morau a vu des faits très intéressants, et l'enquête à laquelle il s'est livré a certainement apporté des matériaux très importants pour l'histoire biologique du cancer envisagé d'une manière générale. Est-ce à dire que l'on doive dès maintenant proclamer avec lui la contagiosité de cette maladie, comme une vérité désormais hors de contestation ?

Nous ne croyons pas que l'on doive aller jusque-là et nous formulerons même ici d'expresses réserves en disant que, suivant nous, la question est encore tout entière à résoudre en ce qui concerne la contagiosité du cancer chez l'homme. Les observations qui tendent à établir celle-ci sont en trop petit nombre, relativement à la fréquence du cancer envisagé d'une manière générale, et il n'en est peut-être pas une pour laquelle on ne puisse parler de simple coïncidence, aussi bien que de relation causale et de dépendance. Vainement voudra-t-on arguer de l'exemple de la tuberculose, pour laquelle cette contagiosité est maintenant chose démontrée. La tuberculose est une maladie dont nous connaissons la nature parasitaire et chez laquelle nous pouvons déceler l'agent de contage, autrement dit le bacille spécifique. Pareille preuve n'existe pas encore pour le cancer, malgré de nombreuses recherches, parmi lesquelles nous rappellerons celles de MM. Duplay et Cazin qui, à bout d'insuccès dans cette voie, ont cru pouvoir formuler une opinion définitivement négative. Or, d'après ce que nous savons du principe de la pathologie générale, la contagiosité est presque fonction de parasitisme, ou du moins elle ne semble guère exister en dehors des éléments spécifiques et figurés qui matérialisent celui-ci. Il est vrai que M. H. Morau a disjoint ces deux questions, parasitisme et contagiosité, et qu'il se croit en droit d'envisager cette dernière isolément, abstraction faite de la question de nature. Mais nous ne saurions accepter cette dissociation qui ne paraît introduite ici que pour les besoins de la cause. Et finalement nous dirons que les expériences de notre confrère ne prouvent qu'une chose : savoir la possibilité de transmettre directement une formation cancéreuse d'un animal d'une espèce donnée à un autre animal de même espèce. Vouloir conclure de ces expériences à la contagiosité chez l'homme serait un abus de logique auquel on peut répliquer victorieusement par l'étude impartiale des faits cliniques. Aussi avons-nous le regret de ne pouvoir souscrire à la dernière réflexion de l'auteur, quand il annonce que la notion de la contagiosité du cancer deviendra vérité pour le monde médical futur. Une pareille affirmation n'est certainement pas autorisée dans l'état actuel de la science.

P. M.

A L'ÉTRANGER

ALLEMAGNE

Ataxie locomotrice.

Ostankow (*Neurologisches Centralblatt*, 1894, n° 18) dit avoir obtenu d'excellents résultats en appliquant aux ataxiques le traitement, d'ailleurs déjà connu, qui consiste à leur faire faire des exercices de gymnastique d'une façon régulière et méthodique. Il a vu, dit-il, les mouvements s'ordonner chez eux, en même temps que la force musculaire s'accroissait.

L'incoordination des mouvements s'améliorant d'une façon sensible, la confiance du malade en lui-même en est heureusement influencée.

D'autre part, **Weiss** (*Wiener Med. Wochenschrift*, XLIV, Jahrg. N° 37a, 38) rapporte un cas assez curieux de pseudo-tabes. Il s'agissait d'un ouvrier qui, après s'être endormi une nuit en plein air, remarqua en se réveillant que ses mouvements devenaient fort difficiles et pénibles à exécuter. Petit à petit, les jambes faiblirent, si bien qu'au bout d'un mois la marche fut impossible. Et même, pendant quelques jours, voilà que le malade ne peut plus faire le moindre mouvement avec ses pieds et ses mains.

Peu après, c'est l'appétit qui fait défaut, l'amaigrissement survient, des douleurs lancinantes sont ressenties à l'avant-bras ainsi qu'aux jambes.

Le malade, qui s'est remis à marcher, a la démarche ataxique, le signe de Romberg, l'abolition du réflexe patellaire. Signalons encore un affaiblissement très marqué de la vue, de l'anesthésie des jambes. Les pupilles réagissent normalement, il n'y a rien à noter du côté de la vessie et du rectum, la mémoire est bien conservée.

L'anamnèse apprend que tous les symptômes précités se sont montrés brusquement et presque en même temps. La maladie ne s'est pas d'abord localisée sur telle ou telle partie du corps, et a été presque générale d'emblée. L'évolution permet de constater que, sous l'influence du traitement par les bains, l'amélioration se produit assez rapidement.

Qu'on y ajoute que le malade est un alcoolique, et l'on comprendra que l'auteur ait cru devoir s'arrêter au diagnostic de pseudo-tabes alcoolique. La guérison complète vient bientôt confirmer le diagnostic ; toutefois, point assez intéressant, le réflexe patellaire resta tout à fait aboli.

Récidives fréquentes d'un fibrosarcôme.

M. Hoffmann (Voir *Langenbeck's Archiv*, Bd. XLVIII, 11 ft, 1.) cite un cas de récidives de fibrosarcôme tout à fait exceptionnel.

Voici les faits : il s'agissait d'un homme de 44 ans à qui, le 5 octobre 1886, on enleva un fibrosarcôme de la grosseur de deux poings. Cette tumeur siégeait au sein ; la glande mammaire fut donc tout entière comprise dans l'ablation. Jusqu'en août 1889, il ne se fit pas moins de douze récidives siégeant au niveau même de la cicatrice de la première opération, ou tout près dans son voisinage. Ces tumeurs, comme on le voit, se produisaient rapidement, et presque en série. Elles furent toutes extirpées aussitôt que possible. Examinées au microscope, elles laissaient voir tous les caractères des sarcômes avec cellules fusiformes, en même temps qu'il y avait accroissement et multiplication des différents conduits de la glande. Le plus curieux, c'est qu'après les douze récidives, pendant quatre ans il ne s'en produisit plus aucune et le malade, à cette époque, était absolument débarrassé de cette véritable infirmité. Mais, au bout de ce temps, éclatèrent différents accidents du côté du cerveau et de l'abdomen qui enlevèrent assez vite le sujet.

AUTRICHE

Les céphalalgies chez les enfants et en particulier les écoliers.

On sait combien chez les enfants, surtout chez ceux qui sont en âge d'aller en classe, sont fréquents les maux de tête, qui les prennent à chaque instant, pour durer quelquefois très peu de temps, mais pour se prolonger davantage, dans d'autres cas.

M. Bresgen (*Wiener med. Presse*, 1894, n° 37) vient d'avoir l'idée de rechercher quelles peuvent en être les différentes causes, et il a réussi à pénétrer la question aussi profondément que possible. Pour lui, ces maux de tête doivent être divisés en quatre groupes

Dans le premier groupe, l'auteur fait entrer les céphalalgies symptomatiques d'une lésion, soit du cerveau, soit bien plutôt de ses enveloppes. Elles n'ont rien de bien spécial, et se retrouvent aussi bien chez l'adulte. C'est le groupe qui nous arrêtera le moins longtemps.

Le second groupe comprend toutes les céphalalgies qui sont dues à une débilitation quelconque de l'organisme. Ainsi, l'on sait que certaines maladies graves laissent le sujet exposé à des céphalées plus ou moins répétées, même après leur convalescence. C'est déjà là un facteur qu'il faut faire entrer en ligne de compte. En outre, la mauvaise nourriture, les repas irréguliers, la misère sous toutes ses formes, l'usage précoce de boissons fortes, ne sont pas capables de réparer les forces de l'enfant qui en dépense parfois beaucoup pour son travail. Aussi dans les familles pauvres, ou dans certaines écoles où les enfants ne sont pas convenablement tenus, n'est-il pas rare de se trouver en face de céphalées qui reconnaissent pour origine les causes que nous venons d'énumérer. Encore faut-il savoir que souvent ces céphalalgies, lorsqu'elles ne sont pas très douloureuses et lorsqu'elles sont passagères, passent inaperçues, les enfants n'ayant pas beaucoup à se plaindre.

Les céphalalgies que nous venons de signaler sont surtout provoquées par le genre de vie que les enfants mènent chez eux. Dans le troisième groupe, rentrent celles qui trouvent leur explication dans la manière dont se fait l'enseignement. Bresgen reproche tout d'abord aux écoles de commencer leurs cours trop tôt le matin (peut-être y a-t-il plutôt lieu d'adresser ce reproche aux écoles allemandes qu'aux écoles françaises). Les élèves, conclut-il, ne peuvent vaquer aux soins de propreté et d'hygiène indispensables d'une façon aussi parfaite qu'il le faudrait ; ils ne consacrent pas à leur premier repas tout le temps nécessaire ; l'organisme se ressent peu à peu de ces petits riens, qui, pris isolément, semblent ne pas tirer à conséquence. A côté de cette cause de céphalalgie, assez imprévue, il faut en mentionner d'autres plus connues. Tout chacun sait combien il est fatigant de travailler à une mauvaise lumière ; les yeux sont obligés à un effort, à un surcroît de travail, et dans ces conditions rien d'étonnant à ce que l'enfant ait des maux de tête. L'auteur insiste donc pour que, dans l'état actuel des choses, l'on fasse le possible pour que l'enfant ne soit pas tenu d'écrire ou de lire à la lumière. Il croit de plus que l'éclairage électrique bien compris obvierait en partie à cet inconvénient. Reste enfin la grande question du surmenage, sur laquelle on a déjà dit tant et tant. Bresgen regrette que le temps laissé libre par les études soit trop exclusivement employé à des leçons supplémentaires, à des leçons de musique, etc., etc. Il voudrait que l'élève, hors des heures de cours, fût au grand air, se livrât à tous les exercices de son âge : ainsi l'on verrait disparaître une grande partie des céphalalgies des jeunes écoliers.

Le quatrième groupe, enfin, est celui de tous les maux de tête observés dans le cours des maladies du nez, des oreilles, des dents, des yeux, de l'arrière-bouche Toutes ces maladies n'attirent pas assez, dit Bresgen, l'attention des parents et de tous ceux qui entourent l'enfant. Souvent elles guérissent sans que le médecin ait besoin d'intervenir, et l'on ne se rend pas compte qu'elles donnent lieu à nombre de céphalalgies dont on recherche ailleurs l'origine.

Le travail de Bresgen, comme on le voit, ne manque ni d'intérêt ni d'originalité. Il pourra être consulté avec fruit par tous ceux qui s'occupent des questions de pédagogie ou d'hygiène de l'enfance. L'auteur termine en exposant les moyens qui lui semblent les plus efficaces pour transformer cet état de choses. Il demande particulièrement la création de médecins spéciaux chargés d'exercer une surveillance de tous les instants sur les écoles, et de suivre les élèves de très près. Nous croyons fort, toutefois, que toutes les réformes qu'il propose ne sont pas près d'être réalisées.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 23 janvier. — Présidence de M. Lucas-Championnière.

Eloge de Le Fort.

Après une allocution très goûtée du président, M. Ch. Monod, secrétaire général, prononce un éloge de Léon-Clément Le Fort. Nous extrayons de cette biographie fort bien étudiée les quelques passages suivants où l'orateur montre avec beaucoup de bonheur le rôle joué par Le Fort dans l'évolution de la chirurgie contemporaine.

« Le Fort réclamait, non sans une certaine vivacité, sa place dans cette grande évolution qui, de nos jours, a si profondément et si heureusement modifié la pratique chirurgicale. Il soutenait volontiers que, le premier, il avait saisi la cause des terribles complications qui frappaient la plupart des opérés, et indiqué le moyen de les combattre.

Se faisait-il illusion, ou a-t-il vraiment joué le rôle qu'il s'attribuait ? Il vaut la peine d'y regarder de près. Aussi bien est-il intéressant, dans cette difficile question, qui a passionné les chirurgiens de la seconde moitié de ce siècle, de suivre pas à pas le chemin parcouru par notre collègue.

Les idées qu'il défendait à cet égard furent exposées devant l'Académie de médecine par Gosselin dans un long rapport consacré à l'analyse du mémoire de notre collègue sur la *résection de la hanche.*

Ce rapport fut le point de départ d'une brillante discussion qui se poursuivit rue des Saints-Pères pendant six mois (novembre 1861 à avril 1862), et qui eut un écho dans tous les journaux de cette époque. Trois ans plus tard, la question était soulevée de nouveau à la Société de chirurgie, à propos de la reconstruction de l'Hôtel-Dieu.

C'était, le mot est de Le Fort, « la période de l'hygiène hospitalière. »

Il semblait que l'on aurait enfin victoire gagnée, si l'on obtenait des hôpitaux bien situés, loin des centres populeux, bien aménagés, chauffés et ventilés à souhait; si, en évitant l'encombrement, on assurait à chaque malade le nombre de mètres cubes d'air reconnu indispensable.

L'idée était assurément excellente. Sa réalisation ne pouvait, elle aussi, qu'améliorer le sort des malades. Mais s'y attacher exclusivement, ou attribuer aux conditions hygiéniques la part la plus importante dans la mortalité des opérés était « une faute ou du moins une erreur relative ».

Le Fort, poursuivant son évolution, fut un des premiers à le reconnaître. « Certes, écrivait-il quelques années plus tard (1), on a plus de chances de guérir un malade dans un hôpital installé suivant toutes les règles de l'hygiène. » Mais cette condition ne suffit pas. « Car, ajoutait-il, parvenu enfin à la vraie doctrine, ce n'est pas l'hôpital, c'est le chirurgien qui fait la mortalité; les soi-disant épidémies d'infection sont, en effet, attribuables au chirurgien », qui porte d'un malade à un autre, par ses mains ou par ses instruments, les germes des complications qui tuent.

Ces complications sont essentiellement contagieuses. Supprimez le contage, opposez-vous au transport des germes infectieux, et, du même coup, vous supprimerez la principale cause des morts opératoires.

Telle est, en deux mots, la fameuse théorie du *germe contage*, si ardemment défendue par notre collègue.

Il ne parvint à la formuler avec cette rigueur qu'après bien des réflexions et de longues recherches.

Dès 1865, Le Fort laissait entendre qu'à cet égard sa conviction était faite.

Il était plus explicite encore, en 1870, dans un travail sur la *Balnéation continue*, communiqué à l'Académie de médecine.

Il n'avait, du reste, pas attendu ce moment pour conformer sa pratique à ses principes.

« Lorsqu'en 1868, disait-il en prenant possession de sa chaire à l'hôpital Necker, je fus mis à la tête d'un service de chirurgie générale à l'hôpital Cochin, je pris les plus grandes précautions pour empêcher qu'un cas accidentel d'infection purulente devint, par contagion, l'origine de ce qu'on appelait une épidémie. J'employai les pansements à l'eau alcoolisée, comme étant les plus propres et les plus sûrs; j'exigeai de mes élèves la propreté extrême des instruments, le lavage soigné des mains avant tout pansement, avant toute opération. Je bannis absolument les éponges... Cette conduite eut pour résultat la disparition à peu près complète de l'infection purulente et de l'érysipèle. »

Aussi n'est-ce pas sans une certaine amertume que Le Fort s'étonnait de n'avoir pas vu ses collègues suivre son exemple. Il se plaignait surtout que l'on attribuât à d'autres qu'à lui le mérite d'avoir trouvé pour le pansement des plaies des procédés vraiment efficaces.

Faut-il ne voir là qu'un impardonnable déni de justice et une nouvelle confirmation de la vérité du proverbe : « Nul n'est prophète en son pays »?

Non, le vieil adage a tort, dans notre pays du moins. Notre excellent président, aux côtés duquel j'ai aujourd'hui encore le plaisir de siéger, est là pour nous l'apprendre.

Il a vu, lui aussi, et au service de la même cause, les résistances que toute idée nouvelle, quelque juste qu'elle soit, peut rencontrer. Mais il saurait nous dire que la vérité finit toujours par triompher, lorsqu'elle a pour elle l'éclatante clarté des faits et, en matière de chirurgie pratique, une longue série de succès incontestables.

Ces succès, qui forcent la conviction, manquaient, il faut bien l'avouer, à Le Fort. Il sauva assurément un plus grand nombre d'opérés. Mais sa statistique, dressée par lui-même, accusait encore, pour les amputations de cuisse et de jambe, une mortalité de 24 0/0. Qui de nous maintenant se contenterait d'un pareil chiffre ?

Et pouvait-il en être autrement ? Le Fort, en somme, essayait, sans employer le mot, de faire ce que l'on appelle aujourd'hui de la chirurgie *aseptique*. Or, qui ne sait combien, dans nos hôpitaux surtout, l'asepsie vraie est d'une réalisation difficile ? combien, pour l'obtenir, il faut de multiples et de minutieuses précautions? combien le moindre oubli peut entraîner de revers ? combien souvent, enfin, lorsqu'on agit sur des tissus infectés, l'asepsie seule demeure nécessairement inefficace ?

Le Fort admettait, au reste, qu'il avait manqué quelque chose à sa pratique; qu'il y avait un « pas de plus à faire »; qu'il fallait, par un agent quelconque, détruire ce germe, méconnu dans son essence, qui vient infecter les plaies.

Lister, dont il condamnait les pratiques, à ses yeux compliquées ou inutiles, avait, il le disait lui-même, « fait ce dernier pas, accompli ce dernier progrès ». On sait avec quels merveilleux résultats!

Mais reconnaissons du moins que notre éminent collègue a su découvrir l'ennemi, et qu'il a montré la voie où il fallait marcher pour en avoir raison. Les armes dont il disposait étaient insuffisantes! Soit. Mais n'est-ce pas beaucoup d'avoir bien engagé le combat, et d'avoir conduit les troupes sur le terrain où un persévérant effort devait leur assurer la victoire? »

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 janvier.

De l'actinomycose humaine à Lyon.

M. A. Poncet apporte à l'Académie les observations de six cas d'actinomycose observés à Lyon et qui tous ont été confirmés par des examens histologiques. Ces six cas, ajoutés à ceux publiés par Guermonprez et Bécue, montrent que l'actinomycose n'est pas si rare en France que l'on se plait à le dire. L'auteur attire, de plus, l'attention de l'Académie sur ce fait que les effets non douteux de l'iodure de potassium, chez les actinomycosiques, laissent à supposer que, jusqu'à ce jour, beaucoup de sujets soupçonnés syphilitiques, et ayant guéri par l'iodure de potassium, étaient des actinomycosiques. Enfin, il est probable que la fréquence de l'actinomycose au niveau de l'angle de la branche montante du maxillaire inférieur, avec empâtement diffus de la région, avec trismus, abcès, etc., a dû maintes fois laisser incriminer une dent de sagesse qui n'était pour rien dans la genèse des accidents plus ou moins graves en présence desquels on se trouvait.

Extirpation du larynx et d'une partie du pharynx.

M. Péan présente à l'Académie un malade âgé de 50 ans, atteint d'un épithélioma du larynx, auquel il a pratiqué l'ablation totale du larynx, de la portion antéro-latérale du pharynx et d'une portion de la partie de l'œsophage accolée au larynx. Les suites de l'opération furent aussi heureuses que possible. Le malade est aujourd'hui complètement guéri et, grâce à l'application d'un double appareil, il peut émettre des sons vocaux et s'alimenter par la bouche.

Valeur comparative des différents procédés employés dans le but de ranimer les enfants nés en état de mort apparente.

M. Laborde, revenant sur les faits apportés au cours de la dernière séance par M. Pinard (Voir *Gazette Médicale* du 19 janvier 1895, n° 3, page 29), déclare que les faits observés et relatés par cet auteur ne remplissent, ni par leur nombre, ni par la manière dont ils ont été réalisés, au point de vue de l'intervention, les conditions exigibles d'une démonstration achevée et indiscutable. L'orateur rappelle, au contraire, que les nombreux faits publiés par lui prouvent d'une façon indiscutable que les tractions rythmées de la langue, bien appliquées, ont ramené la

(1) *Les pansements et la mortalité*, Paris, 1885, p. 80 et suiv.

respiration et la vie des nouveau-nés, là où les autres procédés de rappel à la vie avaient échoué.

M. Pinard ne dit pas que, de l'insufflation et des tractions rythmées, l'un des deux procédés soit le meilleur ; mais il prétend que, dans les cas où le procédé de M. Laborde échoue, l'insufflation peut être suivie quelquefois de succès. Les faits qu'il a rapportés le prouvent suffisamment. J. P.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 18 janvier.

Hyperglobulie dans le cas de cyanose.

M. Siredey. — M. Hayem empêché m'a chargé de vous lire une communication sur les observations que M. Marie a présentées à la Société au cours de la dernière séance (Voir *Gazette Médicale*, du 29 janvier 1895) :

« Dans une leçon du 22 novembre dernier, j'ai eu l'occasion, à propos d'une malade que M. Barié avait présentée à la Société quelque temps auparavant, de développer des conclusions analogues à celle de M. Marie. Au sujet de cette malade, mon attention a été attirée sur l'état anatomique du sang. M. Vaquez avait déjà publié dans le *Bulletin Médical*, en mai 1892, un travail dans lequel il montrait que l'hyperglobulie était due à une hyperactivité fonctionnelle des organes hématopoïétiques. Dans ce travail, M. Vaquez rapportait l'observation d'un homme de 40 ans, cyanosé depuis 30 ans, et dans le sang duquel il avait trouvé jusqu'à 9,000,000 de globules rouges. Le nombre de globules blancs était de 1 pour 300 rouges Ce chiffre de 9,000,000 me semble excessif, car il y aurait eu, d'après les proportions indiquées par M. Vaquez, une quantité de 30,000 globules blancs. Or, d'après ce que nous connaissons sur l'état du sang, ce chiffre de 30,000 ne saurait être ni normal ni physiologique. Quoi qu'il en soit, ce qui est certain, c'est que, dans la maladie bleue, il y a de l'hyperglobulie. Dans le cas spécial qui a fait l'objet de ma leçon, il y avait 7,000,000 de globules rouges et 8.000 globules blancs. Quel rapport y a-t-il entre l'hyperglobulie et la cyanose, et doit-on considérer l'hyperglobulie comme cause de la cyanose ? M. Vaquez dit que non. Pour moi, je m'associe à ses conclusions, l'hyperglobulie est la conséquence de la cyanose. On sait que dans les cas de cyanose la quantité d'oxygène est diminuée. L'organisme a besoin pour se défendre d'un plus grand nombre d'organes vecteurs, et il multiplie les globules rouges. L'hyperglobulie est donc le résultat de la lutte et de la défense de l'organisme.

» J'ai en même temps cité les recherches de M. Viault sur les variations de l'état du sang en rapport avec les altitudes, et j'ai montré qu'il y avait identité entre les deux ordres de faits. L'anatomie comparée prête d'ailleurs à des considérations semblables. Les animaux qui vivent sur le sommet des montagnes, où la tension de l'oxygène dans l'air et dans le sang est moindre, ont un nombre de globules rouges plus considérable que ceux qui vivent dans la plaine. Cette hyperglobulie, dit M. Vaquez, se produirait dans le foie et dans la rate. Sur ce point mes recherches ne me permettent pas d'être d'accord avec lui. Ce qu'il y a de certain, c'est que l'hyperglobulie est la conséquence et non la cause de la cyanose ».

M. Rendu. — Quand M. Marie nous faisait sa communication, au cours de la dernière séance, je songeais à un malade que j'avais à ce moment dans mon service. C'était un saturnin avec le tableau classique de la néphrite interstitielle. De plus, il avait de la scoliose et de la cyanose. Le lendemain de la séance, j'ai fait examiner son sang et j'ai fait vérifier cet examen par un second. Par millimètre cube, nous avons trouvé 6,000,000 de globules rouges. J'ai fait examiner comparativement le sang d'une femme scoliotique de mon service et chez laquelle on a trouvé un nombre de globules de 4,000,000 par millimètre cube, ce qui est un chiffre à peu près normal. Il n'y a donc pas de rapport à établir entre l'hyperglobulie et la scoliose. C'est donc bien à la cyanose qu'il faut rapporter l'hyperglobulie du malade en question. Je crois donc, comme M. Hayem, que l'hyperglobulie est la conséquence de l'insuffisance de l'oxygène dans le sang et qu'elle augmente à mesure que la tension de ce dernier diminue.

Dangers de l'alimentation thyroïdienne.

M. Béclère. — Les succès que M. Lebreton vous a rapportés ces temps derniers au sujet de l'alimentation thyroïdienne dans le traitement du myxœdème infantile (Voir *Gazette Médicale* des 5 et 19 janvier 1895) m'engagent à vous mettre en garde contre les inconvénients que peut présenter ce traitement.

J'ai déjà dit, il y a un an, que le suc thyroïdien était un poison du cœur. L'expérimentation sur les animaux a d'ailleurs fourni entre les mains de MM. Ballet et Enriquez (Voir *Gazette Médicale*, du 24 novembre et du 22 décembre 1894) des résultats qui plaident en faveur de cette assertion. En effet, pour certains chiens, le suc thyroïdien a été mortel.

Etant au bastion 29, j'ai profité du voisinage des abattoirs de la Villette pour faire avaler, tous les jours, à un singe macaque, des glandes thyroïdiennes fraîches de mouton mélangées à de la confiture de groseille. Dix jours après, le singe est mort dans le collapsus. Déjà, auparavant, sous l'influence du traitement thyroïdien, ce singe avait failli mourir, mais la cessation du traitement l'en avait empêché. Aujourd'hui, je me borne à citer ce fait expérimental, me réservant d'y revenir, dans la suite, avec plus de détails.

J'ai entendu dire que, dans nos hôpitaux, un adulte et deux enfants ont succombé au traitement thyroïdien. Il est regrettable que ces cas n'aient pas été publiés et que nous ne puissions ainsi en tirer profit.

Il faut administrer le traitement thyroïdien avec grande prudence et ne pas oublier qu'il y a certains signes qu'on doit toujours prendre pour guides. Le principal, c'est l'état du pouls. Il faut tenir compte de sa fréquence, de sa mobilité et de son instabilité. Le moindre effort peut l'exagérer ; on l'a même vu monter de 110 à 160. C'est pourquoi, pendant toute la durée du traitement, le médecin doit prescrire le séjour au lit ou, du moins, le séjour à la chambre. Tout effort capable d'augmenter le travail du cœur doit être défendu, et encore ces prescriptions doivent-elles être suivies après le traitement. Le suc thyroïdien, comme la digitale, quoique produisant des effets très différents, a, comme elle, un pouvoir accumulatif, ce qui rend compte des précautions qu'il faut continuer de prendre après le traitement.

Tous les sujets ne réagissent pas de la même façon à l'action du corps thyroïde. Il y a des réactions individuelles dont il importe de tenir compte dans l'administration du suc thyroïdien et ce n'est que par tâtonnements qu'on arrive à doser la quantité qui convient à chaque malade.

Myélites expérimentales causées par le streptocoque.

M. Widal. — Au nom de M. Bezançon et au mien, j'apporte à la Société les résultats de recherches expérimentales sur les myélites d'origine microbienne. La question est à l'ordre du jour depuis le mémoire si connu de M. Marie. Récemment encore, M. Rendu vous faisait part de deux cas de myélite d'origine grippale. Au point de vue expérimental, MM. Gilbert et Léon ont étudié l'action du coli bacille sur la moelle. D'autres auteurs se sont attachés à l'étude de celle du staphylocoque et du streptocoque. Nos recherches ont spécialement porté sur l'action du streptocoque aux atteintes duquel nous sommes si souvent exposés. Ces infections peuvent être primitives ou succéder à d'autres infections dont elles sont alors une complication.

Nous avons inoculé 116 lapins avec des cultures de streptocoque de provenances diverses et d'origines variées. Leur virulence était également variable. Elle a atteint dans certains cas un degré tel que l'un des animaux a eu un érysipèle. Sur les 116 lapins.

7 ont présenté des phénomènes paralytiques, soit une proportion de 6 0/0. Ces phénomènes paralytiques ont fait leur apparition d'une façon brusque. Une seule fois, il y a eu une cause provocatrice. Un de nos animaux, en effet, paraissant indemne de tout phénomène infectieux, fut mis avec une femelle dans l'intention de le faire procréer. L'acconplement ne put s'effectuer, parce que l'animal, ainsi surmené, fut pris de phénomènes paralytiques. Il était donc en état de dynamisme instable et sous l'influence de cette fatigue la myélite fit son apparition plus rapidement. En clinique, les mêmes faits se présentent : le surmenage comme le froid sont pour nous des causes occasionnelles qui favorisent l'apparition de phénomènes infectieux jusque-là latents.

La symptomatologie de nos animaux en expérience a été variable suivant les cas. Trois fois, ils ont présenté tous les symptômes de la myélite humaine: paralysie flasque, incontinence des matières fécales, fièvres et troubles généraux, troubles trophiques de la fesse. Une fois même le membre supérieur a été pris. La mort est toujours survenue au bout de quelques jours. Dans d'autres cas, ils ont présenté des symptômes de contracture généralisée: la tête en opisthotonos, ou bien contracture hémiplégique, phénomènes giratoires et nystagmiformes.

Nous avons donc pu reproduire dans nos inoculations les deux formes de paralysie flasque et de paralysie avec contracture. Voilà pour la partie clinique de nos recherches, et je prends soin de faire observer que nous nous sommes rapprochés, autant que possible, dans le cours de nos expérimentations, de ce qui se passe chez l'homme. Il me reste maintenant à vous dire quelques mots des lésions anatomo-pathologiques que nous avons constatées.

Nous avons examiné complètement quatre moelles de nos animaux. Rien de macroscopique dans cet examen, comme dans les faits de myélites spontanées aiguës de l'homme. Rien dans les méninges rachidiennes, rien dans les ganglions rachidiens. Sous le microscope, nous avons obtenu des résultats plus positifs. Dans la substance grise, les cellules des cornes antérieures présentaient des lésions de dégénérescence granuleuse, vitreuse, vésiculaire ou celluluire, quelquefois même, les cellules avaient totalement disparu et l'on voyait des lacunes sur la préparation. Les capillaires étaient congestionnés et l'on voyait même des infarctus hémorrhagiques. Dans la substance blanche, les lésions étaient diffuses. Les tubes nerveux étaient épaissis au niveau de leur cylindrax, et ils présentaient parfois l'aspect moniliforme. La myéline était en désintégration. Les corps granuleux étaient en grande abondance et il n'y avait pas de trace de sclérose. Ce sont donc des lésions de myélite aiguë diffuse dégénérative, semblables à celles que M. Hayem a décrites chez l'homme.

L'examen bactériologique ne nous a révélé la présence d'aucun microbe dans la moelle. Mais, un peu avant la mort, nous avons trouvé du streptocoque dans certains viscères. Donc, la moelle n'est pas, comme on l'a dit, le dernier refuge des microbes et tout plaide en faveur de l'origine toxique de la myélite.

Si les lapins avaient guéri, la guérison n'aurait pu se faire qu'au prix d'un tissu de cicatrice et de sclérose, et ainsi l'expérimentation aurait reproduit, encore une fois, ce que l'on voit chez l'homme, de la sclérose nodulaire, de la sclérose en plaques peut-être ; mais je ne veux pas anticiper sur ces faits bien que, dès maintenant, je sois convaincu que c'est dans ce sens qu'ils seront expliqués.

Tous ces faits expliquent également l'étiologie des myélites aiguës spontanées, rapportées au froid et à la fatigue. Elles aussi sont sous la dépendance d'une intoxication et il ne faut pas oublier que M. Hayem, dans son article des *Archives de Physiologie*, a trouvé le rein d'un de ses malades atteint de myélite criblé d'abcès miliaires.

Empyème pulsatile.

M. Béclère. — L'empyème pulsatile est très rare et M. Comby, qui a fait une étude approfondie du sujet, n'en a trouvé en tout, en France et à l'étranger, que 47 cas. L'observation que je vous présente aujourd'hui est intéressante à deux points de vue. Il n'y est pas question du pneumothorax que l'on rencontre normalement dans cette affection, et il n'y a pas de déplacement du cœur. Cette seconde particularité nous est expliquée par une malformation congénitale du malade sur laquelle nous aurons à revenir.

Le malade est un homme peu vigoureux, de chétive apparence. Sa femme est tuberculeuse, mais elle tolère bien sa maladie. Après un voyage en Bretagne en 1893, le malade est pris de toux et de dyspnée. Et M. Bellières, son médecin, trouve sous la clavicule gauche des signes de toberculose pulmonaire. En même temps, il découvre un souffle systolique à la pointe. Il y a de l'œdème des membres inférieurs et des phénomènes d'asystolie menaçante. Quelques jours après, MM. Bellières, Morel-Lavallée et moi, nous trouvons un épanchement pleural gauche avec pulsations du thorax. Le cœur n'est pas dévié à droite et il n'y a pas de pneumothorax. On se trouve en présence d'un empyème pulsatile ; on fait une ponction avec l'appareil de Potain et l'on retire du pus couleur chocolat. On ne trouve toujours pas de pneumothorax. Il ne persiste que de l'ampliation de la paroi thoracique gauche, de la matité et du silence respiratoire. Trois mois plus tard, je revois le malade, c'est un homme nouveau, mais son épanchement persiste. C'est en somme ce qui s'est passé chez le malade que je vous ai présenté il y a quelques mois et qui avait également de l'empyème. Actuellement, ce malade est en assez bonne santé et sa pleurésie purulente, d'origine nettement tuberculeuse, lui permet de vaquer à ses occupations et il a ainsi échappé à l'opération que M. Rendu avait proposée. Mais, revenons au malade qui fait l'objet de ma communication. Il présentait donc un épanchement peu abondant, sans pneumothorax et sans déplacement du cœur.

D'ailleurs, où le cœur aurait-il pu se loger avec la malformation congénitale dont je vous ai parlé? La partie inférieure de son sternum est enfoncée de telle façon que son thorax a la forme d'un entonnoir. Une règle, appliquée sur le thorax au niveau des mamelons, laisse un espace libre de trois centimètres et demi entre elle et la paroi sternale. Le diamètre antéro-postérieur du thorax, facile à mesurer, comme l'on sait, était de quatorze centimètres et demi au lieu de cent quatre-vingt-dix-sept millimètres qui est le chiffre normal pour un homme de la taille de mon malade. Il importait de savoir ce qu'était devenu le diamètre antéro-postérieur interne. Or, M. Sappey dit que le diamètre interne est généralement égal à la moitié du diamètre externe, moins un centimètre, ce qui donne pour notre malade un diamètre interne de six à six centimètres et demi. Et c'est dans cet espace que sont logés des organes de l'importance de l'aorte et de l'œsophage pour ne parler que des plus gros. Cet espace était donc trop petit, en définitive, pour permettre au cœur de se déplacer. Le cœur est donc enserré dans une loge ostéocartilagineuse. Pour aller à droite, il doit évoluer en arrière, mais en arrière l'épanchement s'accumule et applique le cœur contre la paroi antérieure du sternum. Ce dernier est donc une barrière infranchissable et explique qu'il n'y ait pas eu de déplacement du cœur. On comprend ainsi qu'un très faible épanchement ait pu provoquer de l'asystolie dont on est arrivé à se rendre maître par la ponction.

En résumé, ce cas se rapproche du cas signalé par Stokes qui a vu les battements se transmettre au lit du malade. M. Comby, qui avait émis un doute à cet égard a pu se convaincre que le lit du malade tremblait, tant était grande la force de son empyème pulsatile. Et cela est d'autant plus remarquable ici, que l'épanchement était très peu abondant. Ce qui a troublé la marche ordinaire des choses, c'est que le malade présentait la déformation caractéristique que nous avons décrite.

Un cas de pleurésie polymorphe.

M. Galliard. — Quand, par ponction, on retire du pus de la plèvre, et quand le lendemain matin, par thoracentèse, on en retire de la sérosité, ce n'est pas un mince sujet d'étonnement pour le mé-

decin. Une pleurésie peut être à la fois séreuse et purulente. Elle présente alors différents foyers. Cela s'appelle des pleurésies cloisonnées, polykystiques, aréolaires. Ces termes sont, à mon avis, incomplets et je les désignerai sous le nom de pleurésies polymorphes.

Je rappelle, en deux mots, l'observation de ma malade chez laquelle, je le dis tout de suite, j'ai dû faire le diagnostic de pleurésie diaphragmatique purulente avec pleurésie séreuse de la grande cavité pleurale, consécutive à de l'angiocholite calculeuse.

Une dame de 35 ans, mère de deux enfants, fut prise le 3 août dernier d'une douleur épigastrique très vive que son médecin calma avec de la morphine. Puis survint de l'ictère. On se trouvait en présence d'un accès de colique hépatique. Le 13 août, il y a une poussée de fièvre qui reprend le lendemain avec frissons fréquents. C'est de la fièvre intermittente hépatique. Le 18 août, le médecin, entendant un souffle à la base gauche, en arrière, croit à un début de pneumonie. Je suis appelé le 23 août, il y a toujours de l'ictère, de la douleur épigastrique, des névralgies diaphragmatiques, de l'angiocholite et, à la base gauche, un épanchement pleurétique. Quant à la pneumonie, je ne crus pas devoir la diagnostiquer. Je m'arrêtai donc à l'idée d'une pleurésie consécutive à une angiocholite. Comme traitement, je donnai des antiseptiques intestinaux et du salicylate de soude.

Au bout de quinze jours, la malade va mieux, la température était tombée, il y avait moins d'ictère. Cependant, le médecin constate l'aggravation des phénomènes pleuraux, quoique l'état général soit encore assez bon. Mais, le lendemain, la fièvre est à 38°7, puis à 39°, puis à 40°. Appelé de nouveau le 19 septembre, je me décide à faire une thoracentèse à la base gauche et je retire 200 grammes de pus non fétide. La température s'abaisse le soir, mais remonte le lendemain matin. Je pratique, à ce moment même, la pleurotomie. Aussitôt l'ouverture de la plèvre, je suis frappé de ne pas voir le liquide jaillir. Mais je vois bientôt du liquide séreux avec grumeaux fibrineux. Il y avait donc un épanchement séreux à côté d'un épanchement purulent. On aurait également pu penser à un abcès du lobe gauche du foie où aurait porté la ponction. Mais j'ai acquis la conviction que ce n'était pas le cas ici.

L'angiocholite persiste, la fièvre aussi; je chloroformise ma malade pour pouvoir explorer la plèvre plus à l'aise. Je décolle, en effet, des adhérences qui permettent au pus de s'écouler. La base du poumon gauche est libre, le diaphragme n'est pas bombé, il n'y a pas de collection sous-diaphragmatique. En définitive, la malade mourut le 30 septembre d'une angiocholite compliquée de pleurésie. L'autopsie n'a pu être faite, mais j'ai observé un cas semblable à Beaujon, à l'autopsie d'un malade du service de M. Millard. C'était une pleurésie diaphragmatique enkystée à laquelle avait fait suite un épanchement séreux dans la grande cavité. De même, je pense que, chez ma malade, l'épanchement purulent avait précédé l'épanchement séreux et je pense même que ce foyer séreux serait devenu purulent si la malade avait vécu.

M. Ferrand. — Y a-t-il entre les accidents pleurétiques et les accidents angiocholitiques un rapport anatomique? J'ai vu à la suite d'angiocholite survenir le catarrhe suffocant de la parotidite et de l'œdème aigu du poumon. Mais c'était là une infection générale du sujet. Faut-il interpréter de la même façon la pleurésie, ou voir entre elle et l'angiocholite un rapport anatomique direct?

M. Rendu. — Dans quel état le lobe gauche du foie était-il du vivant de la malade? N'était-il pas hypertrophié? Car il est rare de trouver de la pleurésie purulente diaphragmatique sans lésion du foie.

M. Galliard. — Je n'ai pas remarqué qu'il fût hypertrophié. Quant au rapport qu'il y aurait entre l'angiocholite et la pleurésie, j'y vois des rapports d'infection généralisée. La pleurésie est survenue comme serait survenue une endocardite infectieuse.

Péritonite primitive à pneumocoque.

M. Legendre (aux noms de **M. Arnozan et Cassaet**). — La péritonite primitive à pneumocoque est une affection rare que l'on a même niée chez les adultes. Nous venons d'en observer un cas chez une jeune fille de 18 ans, et contre lequel on ne saurait élever aucun doute. Le pus était jaune, verdâtre, tomenteux; l'examen bactériologique a montré du diplocoque qui ne se décolorait pas par le Gramm. On a publié 11 cas semblables, dont deux chez des adultes. Il y a eu huit morts, soit une mortalité de 73 0/0. C'est donc là une gravité plus grande que la gravité ordinaire du pneumocoque. Mais il est à espérer que ces statistiques s'amélioreront, quand on connaîtra mieux cette maladie. J. P.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 19 janvier.

Spasme de l'urèthre et rétention des produits de sécrétion dans les glandes prostatiques.

M. Guépin. — J'ai observé avec M. Reliquet de nombreux faits d'après lesquels il y aurait une relation constante entre l'hypersécrétion de la prostate, le spasme de l'urèthre et la rétention des produits sécrétés dans les glandes. La conclusion qui ressort de cette constatation est que, lorsqu'il y a stagnation ou rétention des produits de sécrétion dans les glandes prostatiques, il faut tout d'abord rechercher le spasme uréthral pour les combattre par les moyens appropriés.

M. Columbo communique le résultat de recherches démontrant que le massage d'une région où se trouvent des glandes détermine l'hypersécrétion de ces glandes.

M. Gley cite ses expériences démontrant que l'onabaïne, à la dose de 1/110, arrête le cœur en systole.

M. Lapicque annonce que, de ses recherches sur le sang des nouveau-nés, il résulte que, chez eux, la quantité de fer contenu dans le foie et dans la rate est inférieure à celle que l'on rencontre dans le foie et dans la rate des adolescents et des adultes. Ce serait le contraire chez les animaux. J. P.

ACTES DE LA FACULTÉ

DU 28 JANVIER AU 2 FÉVRIER 1895

EXAMENS

Lundi 28 janvier. — 2e (2e partie) : MM. Gley, Retterer, Sebileau. — 3e (2e partie) : MM. Straus, Letulle, Gaucher.

Mardi 29 janvier. — 2e (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Pouchet, Poirier. — 3e Oral (1re partie) : MM. Le Dentu, Maygrier, Albarran. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité : MM. Panas, Berger, Schwartz. — 5e (2e partie), Charité : MM. Cornil, Hallopeau, Ménétrier.

Mercredi 30 janvier. — *Médecine opératoire*: MM. Tillaux, Jalaguier, Sebileau. — 2e (2e partie) : MM. Gley, A. Robin, Retterer.

Jeudi 31 janvier. — (Election de deux délégués de la Faculté au conseil général des Facultés, de 1 à 4 heures). — 3e Oral (1re partie) : MM. Tarnier, Le Dentu, Schwartz. — 3e (2e partie) : MM. Debove, Raymond, Marie. — 4e : MM. Pouchet, Hanot, Gilbert.

Vendredi 1er février. — 4e : MM. Pouchet, Landouzy, Netter. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité : MM. Terrier, Tuffier, Lejars. — 5e (2e partie), Charité : MM. Potain, Brissaud, Déjerine. — 5e (1re partie), Obstétrique (Clinique Baudelocque) : MM. Pinard, Marchand, Varnier.

Samedi 2 février. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu : MM. Duplay, Brun, Poirier. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Debove, Hallopeau, Charrin. — 5e (2e série), Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Raymond, Marie, Ballet. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique d'Accouchements, rue d'Assas : MM. Tarnier, Maygrier, Bar.

THÈSES

Mercredi 30 janvier, à 1 heure. — *M. d'Ailhaud Castelet* : Etude du mal de mer. — *M. Maggiar* : Fréquence de l'insertion du placenta sur le segment inférieur de l'utérus et ses accidents.

Jeudi 31 janvier, à 1 heure. — *M. Larche* : Contribution à l'étude du

choléra. — *M. Meurisse.* — Syndrôme utérin et manifestations hystériques. — *M. Pambrun* : Contribution à l'étude de la balnéothérapie froide chez les enfants. — *M. Pierre* : De la nature des maladies dites scrofuleuses, des yeux, des oreilles, du nez, du pharynx et de leur traitement au bord de la mer (Berck). — *M. Gaulejac* : Kystes sébacés, leur traitement. — *M. Guérard* : Contribution à l'étude des accidents septiques résultant de l'avulsion des dents. — *M. Gojanski* : La vieillesse et les opérations sur les vieillards. — *M. l'Hardy* : De l'adénite subaiguë simple de l'aine, à foyers purulents intra-ganglionnaires.

La Faculté de médecine de Paris vient de décerner, pour l'année 1893-1894, les récompenses suivantes aux auteurs de thèses ci-dessous désignés :

Médaille d'argent : MM. Teissier, Cazin, Cuénod, du Pasquier, Guyon, H. Martin, Sobouraud, Sottas, Souligoux, Baudron.

Médaille de bronze : MM. Blaise, Bonnier, Broca, B anet, Camus, Cestan, Chassevant, Chipault, Collin, Mme Dluski, MM. Grasset, Lasay, L. Martin, Morax, Morestin, Quévedo, Rouquès, Thiercelin, Rompidor.

Mention honorable : MM. Barrié, Berthelin, Chibret, Contrastin, Dupuy, Escat, Fabre, Guénin, Guitton, Janlin, Journeault, Mme Kalopothakès, MM. Le Moniet, Mergier, Orillard, Picquet, Potier, Tariel, Tollemer, Veslin.

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

FACULTÉS

Concours de l'externat.

Voici les questions posées dans l'épreuve d'anatomie qui vient de finir :

Muscle sternocléido-mastoïdien ; maxillaire inférieur ; articulation de l'épaule ; artère axillaire ; vertèbres dorsales ; rapports de l'estomac ; veines superficielles du membre inférieur ; muscles psoas-iliaques ; artères de l'avant-bras ; cavités orbitaires ; artère poplitée ; muscle diaphragme ; artère carotide externe ; os occipital ; configuration et rapport du rectum ; configuration extérieure du cœur ; trous de la base du crâne ; muscles de la paroi antéro-latérale de l'abdomen ; muscles élévateurs de la mâchoire inférieure ; muscles fessiers ; articulation temporo-maxillaire ; crosse de l'aorte ; configuration et rapports des poumons ; articulation de la hanche ; ligaments de l'articulation du genou ; configuration extérieure et rapports du foie ; fosses nasales ; muscles péroniers latéraux ; articulation sterno-claviculaire. Configuration extérieure et rapports du cœur ; veine porte ; artères pulmonaires ; canal inguinal chez l'homme ; veines jugulaires.

HOPITAUX DE PARIS

Concours.

Un concours pour la nomination à trois places de médecin des hôpitaux et hospices de Paris s'ouvrira le 18 février 1895. — Se faire inscrire du 18 janvier au 2 février.

Hôpital Trousseau.

M. Comby : mardi et vendredi, de 9 heures à 11 heures, leçons de clinique et de thérapeutique infantiles (salles Barrier et Blache). Consultations externes : lundi et jeudi à 9 heures.

Hospice de la Salpêtrière.

M. Dejerine : leçon clinique tous les jeudis, à 5 heures (salle de la consultation externe), à partir du 24 janvier.

Hôpital Saint-Louis.

M. Hallopeau : tous les dimanches à 9 heures et quart (à partir du 27 janvier), leçon clinique sur les maladies cutanées et syphilitiques.

NOUVELLES

Application de la sérothérapie.

Pour mettre les hôpitaux d'enfants (Enfants-Malades et Trousseau) en rapport avec les besoins spéciaux que crée l'application de la sérothérapie, le Conseil municipal de Paris a émis un vœu favorable à l'approbation d'un projet de travaux à exécuter dans les pavillons de la diphtérie affectés à ces deux établissements, tout en déclarant que la question de la démolition de l'hôpital Trousseau demeure entière.

On sait que la majorité du Conseil est hostile à la conservation des grands hôpitaux et qu'elle est décidée à hâter de tout son pouvoir la création de petits hôpitaux-dispensaires d'enfants.

A l'hôpital Cochin.

Mardi matin, les anciens élèves de M. Quénu se sont réunis à l'hôpital Cochin pour fêter, en famille, la promotion de leur maître dans l'ordre de la Légion d'honneur.

L'un d'eux, se faisant le porte-parole de ses camarades, a félicité et remercié M. Quénu en ces termes : « Mon cher maître, vos élèves me demandent de vous offrir ce bas-relief en bronze ; ils vous prient de le regarder comme un témoignage de la reconnaissance qu'ils vous tiennent pour l'affection dont vous les avez toujours entourés, et comme une marque de la joie qu'ils ont ressentie le jour où l'*Officiel* leur a appris votre promotion dans l'ordre de la Légion d'honneur. Car ils vous aiment bien, mon cher maître, vos élèves ; ils vous aiment d'abord pour le précieux enseignement que vous leur donnez, pour cet art avec lequel vous les habituez à juger et à penser par eux-mêmes, pour le soin avec lequel vous cultivez et développez en eux les idées neuves, et aussi pour ce plaisir que vous prenez parfois à détruire, non sans quelque malice, dans leur esprit, tout l'échafaudage des vieilles conceptions et des vieilles théories. Mais nous vous aimons surtout pour cette belle franchise que les autres — ceux qui, de vous, ne connaissent que l'écorce — trouvent quelquefois un peu rude, pour ce caractère ferme dont ils disent qu'il est un peu cassant, pour cette parole brève qui leur paraît un peu sèche. Et c'est précisément là, mon cher maître, ce qui fait notre joie à tous : car nous savons bien que ceux-là ne sont pas nos vrais amis qui sont les amis de tout le monde, et que le cœur de ceux qui sont profondément bons, obéissant sans doute à cette loi de la nature qui défend les petits en développant leurs phanères — ne m'en veuillez pas de cette méchante allusion à l'anatomie — s'entoure parfois de quelques piquants, comme pour mieux se défendre contre l'assaut des amitiés faciles et banales. Nous vous aimons encore, mon cher maître, pour la façon dont vous nous apprenez à faire notre devoir, pour l'exactitude et la ponctualité avec laquelle vous exigez que nous accomplissions notre tâche quotidienne, et aussi pour ce respect que vous avez de la probité et de la dignité professionnelles, qualités qui hélas ! tendent à devenir trop rares par ces temps de lutte aride contre les difficultés chaque jour croissantes de la vie.

» Ce qui domine en vous, mon cher maître, c'est le culte du vrai. Vous aimez par-dessus tout la *Vérité*. La voici. Nous l'aimerons après vous et sur votre exemple. Puisse-t-elle n'être jamais plus désagréable à découvrir que cette femme en bronze dont les contours appétissants ne sont pas précisément faits pour nous déplaire à nous qui, pour être vos élèves, n'en sommes pas moins, comme vous, des jeunes hommes. »

M. Quénu a répondu en termes très émus, remerciant ses élèves et rejetant sur leur assiduité et leur travail une partie du bien qu'il fait à ceux qui souffrent.

Puis on a « sablé » le champagne dans le réfectoire du pavillon Pasteur et chacun ensuite a été prendre sa place auprès des malades.

Charmante réunion de famille qui, nous l'espérons bien, ne sera que la première d'une belle série.

Société de Biologie.

La Société de Biologie a décidé, dans le comité secret qui a suivi sa dernière réunion, que les séances auraient lieu dorénavant le samedi à 4 heures et demie, au lieu de 4 heures, comme jadis.

Congrès des médecins aliénistes.

Le sixième Congrès annuel des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française s'ouvrira le 1er août 1895, à Bordeaux, sous la présidence du professeur Joffroy.

66e Année. 9e Série. Tome II — N° 5 — 2 Février 1895

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : Dr F. de RANSE — *Rédacteur en chef* : Dr Pierre SEBILEAU

Secrétaire de la Rédaction : M. Em. EMERY

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 28, rue Vignon

REVUE D'HYGIÈNE

Prophylaxie de la diphthérie.

Les progrès réalisés par la sérothérapie dans le traitement de la diphthérie, loin de restreindre, doivent au contraire contribuer à étendre les mesures prophylactiques propres à empêcher la propagation de cette redoutable maladie. Sous ce rapport, il ne suffit plus d'appliquer rigoureusement les mesures de désinfection aux objets et aux locaux contaminés par les malades ; il faut encore se préoccuper de la durée de la période pendant laquelle ceux-ci, après la disparition des principaux symptômes morbides ou, si l'on veut même, après la guérison, peuvent encore devenir des foyers de contagion et de dissémination.

Le bacille de Lœffler jouit d'une force de résistance considérable. On le retrouve, avec toute sa virulence, pendant des mois, et même pendant plus de deux ans, sur des objets contaminés. Il est d'observation journalière, dans les hôpitaux d'enfants, qu'on le retrouve aussi, avec toute sa virulence, dans les exsudats de la gorge et dans la salive des petits malades pendant plusieurs semaines après leur guérison. Inoffensifs sur le terrain que leur offrent ces enfants, immunisés par l'atteinte de la diphthérie à laquelle ils ont résisté, ces mêmes bacilles, transportés sur un terrain vierge de l'infection, recouvrent toute leur virulence, et c'est ainsi qu'un enfant guéri peut transmettre autour de lui la maladie et devenir l'origine d'un nouveau foyer.

La conclusion à tirer de là est qu'un enfant, qui a triomphé de la diphthérie, doit être tenu isolé jusqu'à ce que l'examen bactériologique des exsudats de la gorge et de la salive ne révèle plus trace de bacille de Lœffler.

La mise en pratique courante de cette conclusion ne laisse pas de présenter de sérieuses difficultés, mais ces difficultés sont loin d'être insurmontables et, si on n'arrivait à les surmonter, la création d'instituts de sérothérapie antidiphtérique serait une œuvre absolument incomplète.

Dans les hôpitaux, là plus grande difficulté tient actuellement à l'exiguïté des services consacrés aux diphthéritiques comparée au mouvement des malades. Au fur et à mesure que les guérisons sont plus nombreuses sous l'action de la sérothérapie, le temps pendant lequel on peut garder à l'hôpital les petits malades guéris tend à diminuer car il faut d'urgence faire place à d'autres, et par suite les dangers du renvoi de ces petits malades et de leur dissémination en ville s'accroissent. Il en résulte que si, d'un côté, on guérit plus de malades, de l'autre on tend à multiplier les cas secondaires de la maladie. Le résultat général de la nouvelle méthode thérapeutique se trouve ainsi en partie compromis.

Ce fait a été signalé tout récemment à l'administration par M. Broca, dans la *Gazette hebdomadaire*. Nous nous joignons à notre confrère pour réclamer de l'Assistance publique, d'abord l'adjonction de nouvelles salles, dans les hôpitaux, aux services déjà consacrés à la diphthérie, ensuite la création, hors de Paris, d'un asile spécial et isolé où seraient envoyés en convalescence les diphthéritiques qu'on ne jugerait plus utile de retenir à l'hôpital. Il est entendu que les enfants ne quitteraient l'asile de convalescence que lorsqu'il serait démontré que le bacille de Lœffler a complètement disparu de leur bouche.

Dans la pratique civile, s'il est aussi aisé de maintenir en quarantaine un diphthéritique qu'un scarlatineux, une difficulté surgit quand il s'agit de fixer, pour chaque cas, la limite de cette quarantaine, fixation qui exige au préalable un ou plusieurs examens bactériologiques de la salive ou des exsudats pharyngés du malade. Parmi les praticiens, en effet, les uns par défaut de compétence, d'autres par défaut de temps, ne peuvent se livrer à ces recherches. Cette difficulté d'ailleurs existe déjà pour le diagnostic précis des cas d'angine qui réclament la sérothérapie, et c'est pour y remédier que plusieurs laboratoires privés se sont créés offrant aux praticiens leur concours, les uns gratuit, les autres rémunéré. Dès le principe, l'Institut Pasteur, si nous ne nous trompons, faisait les analyses et les examens bactériologiques pour les cas qui lui étaient soumis. Ces cas sont devenus sans doute si nombreux qu'il n'a pu suffire et y

a renoncé. C'est ce que nous a appris M. Ladreit de Lacharrière dans une intéressante communication à la *Société de Médecine de Paris*. Ayant eu à traiter trois cas de diphthérie à l'Institut des Sourds-Muets, notre confrère s'est en vain adressé rue Dutot pour les examens bactériologiques nécessités par ses petits malades, et, à défaut d'autre laboratoire officiellement chargé de ces recherches, il a dû solliciter le concours officieux d'un bactériologiste de ses amis.

Nous pensons, avec M. Ladreit de Lacharrière, qu'il y a là une lacune qu'il est urgent de combler. Les laboratoires privés, quelque confiance qu'ils puissent inspirer, sont exposés à des irrégularités dans leur fonctionnement et peuvent disparaître. Il importe donc, comme complément du service public de sérothérapie antidiphthéritique, qu'un service public de bactériologie soit organisé. C'est le vœu que, à la suite de la discussion provoquée par la communication de M. Ladreit de Lacharrière, la *Société de Médecine de Paris* a voté et doit soumettre au ministre de l'intérieur. Ce vœu rencontrera, sans aucun doute, un assentiment unanime.

En résumé, outre les mesures d'isolement et de désinfection usitées jusqu'à ce jour, la prophylaxie de la diphtérie exige que les enfants ne soient rendus à la vie de famille que lorsqu'il est démontré que le bacille spécifique a complètement disparu de leur gorge et de leur bouche, et, pour que cette démonstration puisse partout et toujours être faite, il y a lieu :

1° D'agrandir les services hospitaliers consacrés au traitement des diphthéritiques ;

2° De créer, hors de Paris, des asiles spéciaux et isolés de convalescence pour les diphthéritiques ;

3° D'instituer, à l'usage des praticiens, un service public de bactériologie pour l'analyse et l'examen des produits diphthéritiques. Dr F. de Ranse.

REVUE CRITIQUE

Questions professionnelles.

Le Sénat vient de voter en deuxième lecture la loi sur l'exercice de la pharmacie. La question n'est pas seulement intéressante pour les pharmaciens ; elle l'est aussi pour l'assistance médicale, pour l'hygiène publique et, à ces titres divers, ne doit pas passer inaperçue. Nous n'en voulons prendre cependant que les traits principaux, pensant qu'il faut limiter cette courte revue aux faits non exclusivement professionnels.

L'article 2 supprime les pharmaciens de seconde classe ; les défenseurs de la dualité des classes n'ont pas eu d'arguments bien solides pour plaider leur cause ; les chiffres donnés par M. Liard démontrent que les élèves en pharmacie de première classe augmentent d'année en année et dépassent maintenant ceux de seconde ; autrefois, c'était l'inverse. Ces chiffres disent que le projet de loi est, sur ce point, d'accord avec l'opinion publique. Une réaction se produit évidemment pour relever une profession qui était en train de déchoir ; la loi doit lui venir en aide ; c'est fait, c'est bien. Il ne restera plus dans notre législation médicale professionnelle que les sages-femmes de deuxième classe : anomalie étrange dans un pays où on devrait avoir un souci particulier des petits enfants !

L'article 12 a donné lieu à un vif débat et la solution adoptée sera de nature à satisfaire les médecins de nos campagnes. Il y a beaucoup de choses dans cet article : d'abord, l'exercice simultané des deux professions de médecin et de pharmacien pour les personnes ayant les deux diplômes ; la loi le défend dans l'avenir et excepte seulement les propriétaires actuels des deux diplômes.

Nous estimons que pour le public, c'est-à-dire les malades, les avantages de cette interdiction sont sérieux. Les arguments donnés au cours de la discussion en faveur des pauvres pharmaciens de campagne, n'ayant pas de quoi vivre *pharmaceutiquement* et se faisant recevoir docteur en médecine pour pouvoir exercer en même temps la médecine et la pharmacie, nous paraissent peu convaincants. Cette façon de devenir médecin, sur le tard, en faisant ses études loin des cours, des hôpitaux, afin d'ajouter, je dirai presque, un commerce à un autre, n'est pas à prendre en sérieuse considération.

Il y a aussi dans l'article 12 le droit pour le médecin de campagne de donner des remèdes quand la commune qu'il habite est dépourvue de pharmacien et sous la condition que le médecin n'ait pas d'officine ouverte. La discussion a été sur ce point très intéressante et l'honorable rapporteur, M. Cornil, en habile manœuvrier, s'en est tiré, quoique battu, avec les honneurs de la guerre. Il est vrai qu'il a donné la preuve de son esprit de conciliation en cherchant à rapprocher les opinions qui partageaient le Sénat. On a effacé de la loi, c'est le grand point, la question litigieuse des distances, 4 kilomètres pour les uns, 6 pour les autres, comme limitative du droit du médecin ; le texte est plus limpide et demande à être reproduit : « Les médecins, exerçant dans une commune où il n'y a pas d'officines de pharmacie, pourront porter des remèdes simples et composés aux personnes près desquelles ils seront appelés, mais sans avoir le droit de tenir officine ouverte. Ils seront soumis à toutes les obligations résultant pour les pharmaciens des lois et des règlements en vigueur, à l'exception de la patente. Pour satisfaire aux cas d'urgence, les médecins, même alors qu'une ou plusieurs pharmacies existent dans la commune qu'ils habitent, sont autorisés à administrer, soit chez eux, soit chez leurs malades, certains remèdes dont la liste sera dressée par un règlement d'administration publique. »

En somme, c'est le maintien d'un état de choses contre lequel protestaient évidemment la plupart des pharmaciens de petites villes ou de gros bourgs, mais non pas les malades.

La Chambre des députés avait bien eu envie d'apporter quelques modifications à cette situation, au moment de la discussion de la loi médicale ; sur la demande de M. Chevandier, on remit l'affaire à la loi sur l'exercice de la pharmacie. Alors, à propos de celle-ci, émue des doléances des pharmaciens, la Chambre spécifia une limite de 4 kilomètres, sorte de zône protectrice pour l'exercice pharmaceutique des médecins : le Sénat, dans une première délibération, accepta 6 kilomètres ; finalement, les dispositions de la loi de germinal sont maintenues, sauf quelques termes dont les casuistes pourront peut-être tirer parti plus tard.

Si elle est promulguée telle quelle, la loi provoquera les protestations des pharmaciens ; si la commission avait gain de cause finalement, les médecins crieraient : dans l'un et dans l'autre cas, on évoquera certainement l'abandon des campagnes. Il peut y avoir quelque chose de vrai dans les deux affirmations ; on en est peut-être réduit à choisir entre deux maux, le moindre, et c'est, dans l'intérêt même des malades, qu'on opte de préférence pour le médecin contre le pharmacien. Mais il suffit de lire le récit

des pérégrinations auxquelles on condamnerait le malheureux paysan en quête pour les siens de médecin et de remèdes, récit fait à la tribune du Sénat : on est édifié ; le malade ne doit pas être sacrifié à cette lutte d'intérêts.

L'article 17 a été un échec pour la commission et pour l'honorable commissaire du gouvernement, M. Brouardel ; le corps des inspecteurs de pharmacies proposé par la commission a été condamné et M. Gadaud a fait triompher les jurys d'inspection actuellement pris, pour chaque arrondissement, parmi les membres des conseils d'hygiène. Je ne veux pas dire que l'éminent doyen de la Faculté n'a pas bien défendu sa cause — cela n'est jamais exact quand il faut parler de M. Brouardel — mais les exceptions professionnelles qu'il a citées au cours de la discussion ne pouvaient guère prouver contre l'inspection ; des pilules mal faites, de la teinture ou des pilules de belladone de composition inconstante et variable : que pourrait faire à cela le corps des inspecteurs choisis par le comité consultatif ? Quelle singulière mission entendait-on leur donner, s'ils devaient corriger toutes les erreurs professionnelles de cette nature ? Mais on pouvait au moins affaiblir l'argument financier de M. Gadaud tendant à prouver que l'inspection actuelle est rémunératrice ; on eût pu lui opposer ce que la législation en vigueur a de dangereux pour le Trésor et rappeler que la circulaire de 1820, toujours applicable, a nettement spécifié que les épiciers, non munis de drogues appartenant à l'art de la pharmacie et énumérées dans une liste annexée à ladite circulaire, sont dispensés du droit de visite. Or, il n'y a guère, en réalité, que quelques produits industriels autant que pharmaceutiques qui rendent aujourd'hui les épiciers passibles de la taxe ; ils s'en pourraient faire relever aisément en abandonnant ces produits dont la vente est sans profit sérieux ; dès lors, la taxe sur les épiceries demeurant improductive, celle sur les pharmacies étant d'un faible rapport en raison du nombre des assujettis, l'inspection, dans ces conditions, pourrait très bien devenir onéreuse pour l'Etat.

On n'a pas indiqué qu'il faudrait remanier tout cela et, en adoptant l'amendement Gadaud, on semble avoir tacitement approuvé l'ensemble des dispositions qui régissent l'inspection actuelle. C'est, à coup sûr, un tort, qui résulte surtout d'explications insuffisantes. Plus complètement éclairé, le Sénat aurait pu, tout en conservant l'inspection aux jurys pris dans les conseils d'hygiène, demander de la fortifier par des dispositions nouvelles, peut-être même par une taxe unique, non arbitraire et également applicable à tous les épiciers, dont le commerce intéresse souvent la santé publique tout autant, sinon plus, que la pharmacie elle-même.

L'article 18, concernant les pharmacies hospitalières et la suppression du droit de vente, a été adopté malgré l'intervention de M. Béranger. Nous estimons que la décision est bonne et que l'honorable M. Demôle en a très judicieusement donné les raisons. Cette vente n'existait que par tolérance ; transformer, pour les établissements qui en profitent actuellement, cette tolérance en un droit, serait un véritable abus contraire aux intérêts généraux qu'il faut aussi respecter.

Enfin, je ne fais que mentionner l'article 25 qui eût été inquiétant pour les pharmaciens si la fermeture, dans certains cas, eût appartenu à l'administration seule et non aux tribunaux. La question est résolue de façon à donner satisfaction à tous et la discussion, on ne saurait le dissimuler, a été sur ce point très fructueuse.

Cette loi, impatiemment attendue, complète évidemment la loi de 1892 et il y a intérêt, au moment d'appliquer la loi d'assistance médicale, d'avoir, en ce qui concerne l'exercice médical et pharmaceutique, des textes précis, assurant à chaque profession des droits et des obligations définis.

Il faut que chacun connaisse à fond la législation nouvelle, cela est évident ; et, à vrai dire, la chose sera aisée ; déjà des ouvrages spéciaux, concernant la loi médicale, ont été publiés et j'ai sous les yeux ceux de MM. Lechopié et Floquet, de M. Louis Pabon, qui, tous les deux, constituent des guides excellents à consulter.

Etre édifié sur ses droits, connaître ses devoirs légaux, ce n'est pas du même coup être en tout point satisfait, et nous ne prétendons pas que dans les législations nouvelles, concernant l'exercice médical et pharmaceutique, il n'y a nulle matière à revision, nul progrès à apporter. Mais les plus sceptiques, les pessimistes à outrance, et, parmi eux, on pourrait ranger à coup sûr certain docteur de la Faculté de Paris qui vient de publier un petit livre sous le nom de *Peinard*, ceux-là, dis-je, s'ils veulent être équitables et écarter de leurs jugements toute passion, conviendront que c'est déjà beaucoup d'avoir secoué le vieil arbre séculaire qui abritait l'exercice médical et d'en avoir détaché quelques tronçons sans utilité et entravant la pratique actuelle.

Fût-elle plus parfaite encore, cette législation ne pourrait pas, à coup sûr, remédier à tous les abus que la vie sociale suscite et que Peinard relève avec quelque malice. Par contre, on pourrait prétendre que le type professionnel du publiciste est né sous le ciel d'Utopie ; il a trop de qualités, pas assez de défauts. Dans notre fin de siècle, médiocre comme entité morale, il faut plus d'indulgence. Les médecins peuvent-ils demeurer seuls dépositaires de toutes les vertus ? Allons, docteur Peinard, cher confrère, étudiez le milieu où vit le médecin, et dites s'il n'a pas souvent une excuse à ses faiblesses ; alors, réformez le milieu si vous vous en sentez la force.

Dr G. Drouineau.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 30 janvier. — Présidence de M. Théophile Anger.

Traitement des plaies pénétrantes de l'abdomen.

M. Berger. — Je désire revenir aujourd'hui sur le rapport que nous a lu M. Chaput, au sujet de l'observation d'un malade de M. Rochard, atteint d'une plaie pénétrante double du cæcum par coups de couteau, et chez lequel M. Rochard avait obtenu la guérison en faisant la suture intestinale. M. Chaput, en effet, n'a nullement limité son rapport à la susdite observation. Il l'a étendu, au contraire, à toutes sortes de plaies pénétrantes de l'abdomen et spécialement aux plaies par balles de revolver. Il a même invoqué des statistiques, d'ailleurs connues, dont quelques-unes portent sur les blessures de l'intestin grêle par balles de revolver. Il y a, me semble-t-il, dans cette façon de procéder, un retour vers d'anciens errements avec lesquels nous avons rompu depuis longtemps. Il est convenu que, dans nos discussions, nous ne devons pas englober sous un même chapitre les plaies par balles de revolver et les plaies par coups de couteau. Les deux sortes de plaies ne présentent ni les mêmes symptômes ni les mêmes lésions. Il y a donc une différence radicale au point de vue de l'intervention qu'il convient de diriger contre elles, que cette intervention soit simple ou qu'elle soit complexe. Il faut maintenir la distinction que nous avons établie et admise, il est bon de limiter nos discussions, sinon il sera difficile d'en tirer des conclusions.

De plus, je bornerais là mes réflexions si M. Chaput ne m'avait mis directement en cause, dans son rapport, en me prêtant des opinions et une pratique qui ne sont pas du tout les miennes. M. Chaput dit que, selon les principes que j'ai posés, M. Rochard n'aurait pas dû intervenir dans le cas dont il s'agit. Mais il ne m'est jamais arrivé de dire que, dans le cas de plaie du cæcum, il ne fallait pas intervenir. Vous n'avez qu'à vous rappeler l'une de mes communications antérieures. Je crois, au contraire, que le concours chirurgical s'impose dans ces plaies du cæcum. Je ne crains pas de dire que si je m'étais trouvé dans la situation de M. Rochard, j'aurais certainement agi comme lui.

Vous dirai-je quelle est ma doctrine sur le traitement des plaies pénétrantes de l'abdomen? Mais c'est de n'en point avoir. Néanmoins, voici ce que j'en pense.

Il faut, avant tout, ne point avoir d'idée préconçue sur ce sujet. Il faut consulter chaque fait, en particulier, analyser les caractères, les symptômes que ce fait présente. Il faut enfin laisser de côté les règles toutes faites, dans lesquelles on fait rentrer tous les cas.

M. Chaput fait le procès des symptômes et du diagnostic en pareille matière. Les symptômes, il les a tous analysés, depuis le vomissement de sang jusqu'aux évacuations sanguines par l'anus. Du diagnostic, il dit qu'il est en faillite.

Pour moi, je pense qu'il est possible, par un examen attentif et de la plaie et de l'état du malade, de surprendre, pour ainsi dire, les accidents, de trouver les symptômes qui indiquent une plaie septique de l'intestin ou la fassent suffisamment présumer pour que l'on puisse se livrer à l'intervention. On sait quels sont ces symptômes : une sensibilité spéciale du ventre, la perception du bruit hydro-aérique, la gêne respiratoire et l'anxiété du malade, etc., etc... Je le répète, tous ces symptômes réunis suffisent. Quand nous les avons trouvés, tous mes collègues et moi nous intervenons; quand nous ne les avons pas trouvés, quand notre malade ne présente aucune anxiété, nous nous abstenons d'intervenir et nous pensons que la plaie n'intéresse que la paroi abdominale.

Il faut donc que l'on ait des présomptions bien arrêtées avant d'aller pratiquer la laparotomie. On a voulu, à ce point de vue, distinguer deux classes parmi les chirurgiens : les interventionnistes et les abstentionnistes. Mais cette distinction n'a aucune raison d'être. Je crois que nous tous nous intervenons de la même façon; seulement notre façon de nous exprimer diffère sensiblement. En somme, il y a là une querelle de mots, et cela ne va pas plus loin.

Je demanderai pardon à M. Chaput de poursuivre encore cette discussion. Mais il m'a rangé parmi les abstentionnistes et je dois dire que je ne me connais pas de droits à ce titre, attendu que, dans les cas de plaies pénétrantes de l'abdomen, j'ai fait la laparotomie autant que mes collègues. J'ai même eu la chance, tout dernièrement, de sauver deux malades dans les circonstances particulièrement intéressantes que je vous ai communiquées.

Il est, en somme, peu de cas de plaies pénétrantes de l'abdomen où je ne sois pas intervenu et où la mort soit survenue à la suite de ma non-intervention. Donc, quand je m'abstiens, c'est à bon escient et les faits me donnent raison.

C'est, croyez-le bien, un gros inconvénient de généraliser les déductions comme le fait M. Chaput. M. Chaput établit des principes d'une façon catégorique : « L'opération, dit-il, est indiquée si la pénétration est certaine et si l'on conserve le moindre doute à ce sujet ». Mais, je l'ai dit, il faut éviter de s'attacher à des règles toutes faites. Celle ci, d'ailleurs, souffre des exceptions; en voici la preuve : Un homme est atteint d'un coup de couteau dans l'hypochondre gauche. Quand on l'amène dans mon service, il est anémié, d'une dépression [illegible], sans grande anxiété cependant.

Je l'examine et je vois dans l'hypochondre gauche, au niveau du huitième espace intercostal, une plaie de huit centimètres de profondeur et remplie de caillots de sang, traces d'une sérieuse hémorrhagie. A l'examen de la région, on trouve de la matité et tous les signes d'un épanchement pleural. Puis, le malade ressent des douleurs spontanées dans l'abdomen. Ces douleurs sont réveillées par la pression, il y a un véritable tympanisme sur cette région. Le pouls est bon, les urines sont conservées. Aussitôt l'accident, le malade a eu un vomissement, mais c'était un vomissement alimentaire. Depuis, rien. Néanmoins, mes internes crurent qu'il faudrait intervenir pour voir s'il n'existait pas de lésion abdominale. De mon côté, j'étais dans le doute. Toutefois, en considérant le siège de la blessure, s'il y avait un viscère lésé, ce ne pouvait être que l'estomac. Or, cet homme n'avait eu qu'un vomissement alimentaire, le soir de l'accident. J'éliminai donc toute lésion stomacale, et je m'arrêtai définitivement à un simple épanchement pleural. Le malade fut cependant nourri par le rectum, dans le cas où la lésion stomacale eût existé, mais il voulut bientôt manger et il quitta de son gré l'hôpital. En somme, il s'était passé chez lui de simples phénomènes abdomino-coliques. J'avais bien fait de ne pas l'opérer et je crois que M. Chaput aurait agi comme moi.

Vous le voyez donc, il y a des cas où il ne faut pas donner des règles trop absolues, mais se contenter d'étudier les symptômes. Je ne suis pas un abstentionniste, je ne suis pas davantage un interventionniste. Si vous posez des règles trop absolues, vous jetterez le trouble, non dans nos esprits qui ont des idées arrêtées sur ces questions, mais dans les esprits de ceux qui nous écoutent et qui finiront par ne plus savoir à quoi s'en tenir.

M. Chaput dit bien, je le sais, que ce genre d'opérations est l'apanage de certains chirurgiens de marque. Mais ne savons-nous pas tous que ces genres d'accidents se présentent un peu partout et qu'il faut que tout le monde sache comment se comporter vis-à-vis d'eux ? Il n'est pas davantage vrai que ces opérations nécessitent un arsenal compliqué. Il est plus important d'avoir des aides intelligents et experts.

En résumé, je crois qu'il ne faut pas présenter, avec M. Chaput, des règles trop absolues dans le traitement des plaies pénétrantes de l'abdomen. La meilleure règle de l'intervention sera l'étude du symptôme.

M. Kirmisson. — A mon tour, ce sont les conclusions de M. Chaput, quant au manuel de l'opération, que je veux viser. Ce manuel opératoire, je le trouve déplorable.

M. Chaput dit d'abord qu'il faut faire une incision médiane et non une incision latérale. Il se base, pour cela, sur la fréquence des éventrations dans les incisions latérales. Or, rien n'a été moins démontré.

D'autre part, M. Chaput soutient que le trait de l'incision peut s'étendre du pubis à l'épigastre. Mais alors comment compte-t-il faire entrer l'intestin dans la plaie ?

Il conseille enfin de dévider l'intestin dans tous les cas; mais c'est là un temps long et périlleux.

Je crois donc qu'il faut s'abstenir des règles si absolues de M. Chaput. Elles seraient même dangereuses si elles passaient dans la pratique courante.

M. Nélaton. — Je veux ajouter un mot à ce qu'a dit M. Berger et je demanderai s'il ne semblerait pas bon que nous eussions quelques symptômes bien établis en faveur de l'intervention.

Il y a deux ans, je vois une femme qui venait de recevoir un coup de revolver dans le creux épigastrique. Elle ne présentait aucun symptôme de perforation. Néanmoins, étant donnée la profondeur de la plaie, je décide d'intervenir. Je ne rencontre rien d'anormal, aucune lésion gastrique et la malade guérit rapidement de son intervention. Je déclare donc que dans tous les cas de ce genre je suis résolu à intervenir. Cette conduite prime l'expectative.

A l'opposé de M. Berger, je ne crois pas que l'on puisse dire qu'une observation minutieuse pourra mettre sur la voie de la conduite à tenir.

Contrairement à M. Kirmisson, je ferai toujours une incision médiane énorme, d'abord pour mieux trouver l'intestin perforé en le maintenant dans une nappe, et ensuite pour mieux le rencontrer dans la cavité abdominale.

M. Reclus. — Voilà deux ans que j'ai laissé sommeiller la question qui cause ce débat. Je dois cependant répondre aux attaques d'ailleurs courtoises de M. Chaput. Personne ici n'a prétendu que l'on devait considérer la lésion intestinale, à la suite des plaies pénétrantes, comme une quantité négligeable. Je reviendrai de plus sur la question du bouchon muqueux. Dans le cours des expériences que j'ai faites sur les chiens, je n'ai jamais pu faire passer de liquide à son niveau Dans l'immense majorité des cas, j'ai dit que les plaies guérissaient, non grâce au bouchon muqueux, mais par l'adhérence de l'anse intestinale. MM. Terrier et Chaput disent que ce bouchon muqueux est septique et qu'il engendre la péritonite : cela n'est pas.

M. Chaput a été sévère pour mes statistiques. Néanmoins, je préfère les miennes aux siennes. Il veut faire trop de distinctions entre les différents organes qui peuvent être lésés par une plaie pénétrante. Il veut même que l'on enlève de la statistique les cas dans lesquels des fautes opératoires ont été commises. Toutes ces raisons sont pour moi insuffisantes. Enfin, M. Chaput a cité mes statistiques d'il y a quatre ans, alors que nous étions mal outillés. Depuis, j'ai évolué, je suis devenu aussi interventionniste que M. Chaput et pourtant ma statistique ne vaut pas celle qu'il a dressée en faisant de nombreuses éliminations, ce qui ne devrait pas avoir lieu. Et je suis convaincu que les résultats obtenus seraient meilleurs si l'on pouvait opérer les malades dans les premières heures après l'accident.

Extraction de la clavicule, sa reproduction.

M. Félizet présente une petite fille atteinte d'une ostéomyélite de la clavicule ; elle avait un phlegmon profond du cou. Le phlegmon fut ouvert et la clavicule enlevée. Depuis, la clavicule s'est reformée et l'enfant jouit des mouvements complets de son bras.

Suture de l'olécrâne dans les cas de fracture fermée.

M. Schwartz présente un malade atteint d'une fracture de l'olécrâne qu'il a suturée le troisième jour de l'accident et qu'il a laissée 18 jours dans l'immobilité. Aujourd'hui, ce malade se sert de son bras avec autant de facilité qu'avant l'accident.

M. Lucas Championnière fait quelques réflexions sur les indications de la suture dans des cas de ce genre. Une telle intervention n'est guère commandée que chez des blessés qui ont un grand besoin de leur bras dans leur travail. Dans tous les cas, de telles fractures ne doivent pas être gardées vingt jours dans l'immobilité.

Epithélioma de l'œsophage et gastrostomie.

M. Routier présente un malade atteint d'un cancer de l'œsophage et auquel il a pratiqué la gastrostomie. Le malade fait pénétrer par sa fistule gastrique une sonde de 18 m/m. Il se nourrit parfaitement. Il était auparavant dans un état de maigreur extrême, il a augmenté de 36 livres depuis son opération.

Jean Petit.

Distribution des prix de la Société de chirurgie de Paris pour l'année 1894.

Prix Duval. — Le prix est décerné à M. le docteur H. Morestin (de Paris), pour sa thèse, intitulée : *Des opérations qui se pratiquent par la voie sacrée.*

Prix Laborde. — Le prix est décerné à M. Jayle, interne des hôpitaux de Paris, pour son mémoire sur *la septicémie péritonéale post-opératoire.*

Prix à décerner en 1895.

Prix Duval (300 fr.). — A l'auteur (ancien interne titulaire des hôpitaux ou ayant un grade analogue dans l'armée ou la marine) de la meilleure thèse de chirurgie, publiée dans le courant de l'année 1895. — Le prix ne peut être partagé.

Prix Laborde (1,200 fr.). — A l'auteur d'un travail inédit sur un sujet quelconque de chirurgie.

N.-B. — Par suite d'un reliquat de 1894, la somme qui pourra être distribuée en 1895 est de 1,600 fr.

Prix Gerdy (2,000 fr.). — Question : *De l'intervention chirurgicale dans les sténoses du pylore.*

N.-B. — Par suite d'un reliquat de 1893, la somme qui pourra être distribuée en 1895 est de 3,000 fr.

Prix Demarquay (700 fr.). — Question : *Des opérations pratiquées par la voie sacrée. Indications, résultats, manuel opératoire.*

N.-B. — Le prix n'ayant pas été décerné en 1893, la somme qui pourra être distribuée en 1895 est de 1,400 fr.

Prix Ricord (300 fr.). — A l'auteur d'un mémoire de chirurgie publié dans le courant des années 1894-1895, ou d'un travail inédit sur un sujet quelconque de chirurgie, n'ayant pas encore été l'objet d'une récompense dans une autre Société.

N.-B. — Le prix n'ayant pas été décerné en 1893, la somme qui pourra être distribuée en 1895 est de 600 francs.

Les travaux des concurrents doivent être adressés au secrétaire général de la Société de Chirurgie, 3, rue de l'Abbaye, avant le 1er novembre 1895.

Les manuscrits destinés au prix Ricord peuvent être signés. Pour les prix Laborie, Gerdy et Demarquay, ils seront anonymes et accompagnés d'une épigraphe reproduite sur la suscription d'une lettre renfermant le nom, l'adresse et les titres du candidat.

Pour les autres conditions de ces concours, voir le premier fascicule des *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie* de l'année courante.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 29 janvier.

Pneumopaludisme du sommet.

M. de Brun (note lue par **M. Landouzy**). — Comme toutes les infections, le paludisme a des caractères propres et des manifestations surajoutées. Je voudrais attirer l'attention sur un syndrome très spécial constituant une localisation pulmonaire du paludisme. Il se présente cliniquement de la façon suivante :

Un paludéen avéré vient consulter pour ses manifestations spécifiques ; on constate alors de la matité au sommet d'un des poumons avec souffle expiratoire à timbre tubaire ; lorsque ce souffle disparait alors l'expiration prend un timbre rugueux très typique. On constate également de la bronchophonie véritable. Jamais il n'existe de râles.

Ces signes ne se traduisent que par peu de symptômes ou au contraire par une toux quinteuse fort pénible. Quelquefois il y a une expectoration muqueuse toujours exempte de bacilles tuberculeux. Jamais la plèvre n'est touchée dans ces cas.

La rate est toujours très augmentée de volume, quelquefois il y a un peu de splénalgie.

Dans le sang, il y a souvent hypoglobulie : 1,800,000 globules par millimètre cube et des amas pigmentaires coïncidant avec un état anémique qui se caractérise par des souffles vasculaires variés. Les accès intermittents laissent entre eux 3 à 4 jours d'intervalle. Le pneumopaludisme existe souvent lorsque les accidents palustres ont disparu.

Le pneumopaludisme peut revêtir deux formes cliniques distinctes :

1° Forme légère aiguë congestive disparaissant après peu de

jours souvent sous l'influence de la quinine. Deux autopsies n'ont montré dans ces cas aucune lésion pulmonaire ;

2° Forme chronique se présentant sous deux modalités : carnification ou sclérose, celle-ci semblant être la terminaison du stade de carnification. Jamais dans les crachats on ne trouve de bacilles.

Jamais il ne se produit d'ulcération pulmonaire. On ne constate pas non plus d'hémoptysie. Le processus qui durcit le poumon est le même que celui qui sclérose les autres organes. Le pronostic en lui-même est bénin.

Le diagnostic avec la tuberculose peut être fait par la forme clinique comme par l'évolution de la maladie, la coïncidence avec les manifestations paludiques, l'effet favorable de la quinine qui peut faire disparaître les accidents de la première forme et atténuer considérablement les accidents de la seconde.

Dans ce dernier cas, les altérations scléreuses persistent bien entendu après la disparition des troubles fonctionnels.

A propos de la sérothérapie.

MM. Héricourt et Richet répondent à la réclamation de priorité émise par M. Babès sur le traitement des maladies infectieuses par la transfusion de sang ou de sérum provenant d'animaux expérimentalement immunisés. Or, dès 1888, MM. Héricourt et Richet ont démontré, par une série d'expériences absolument nettes, que l'injection du sang d'animaux ayant reçu au préalable des cultures de bacille pyoseptique a pu immuniser plus ou moins complètement contre l'inoculation du même bacille des animaux auxquels on avait pratiqué ces injections.

A cette époque, MM. Héricourt et Richet ont également pratiqué des injections de sang de chien normal et de chien guéri de l'infection expérimentale.

En tout cas, les premières expériences que signalent les auteurs montrent nettement que, si elles avaient été connues de M. Babès, il aurait pu s'éviter de faire une réclamation de priorité évidemment non fondée.

Traitement de l'épispadias.

M. Pozzi présente un garçon de 5 ans qui était atteint d'épispadias. Il l'a guéri par la méthode de Thiersch. M. Pozzi insiste sur les avantages de cette méthode qui compensent sa complication apparente. Elle nécessite, il est vrai, plusieurs séances d'anesthésie, trois dans l'observation présente et plusieurs opérations. Mais chacune de ces étapes a été calculée pour éviter toute cause d'échec.

L'établissement d'une fistule périnéale temporaire est capitale pour dériver l'urine qui, sans cela, peut irriter les sutures. Le temps principal consiste dans la reconstitution du fourreau de la verge à l'aide de deux lambeaux péniens superposés. Plusieurs temps complémentaires perfectionnent le résultat final qui consiste en somme en : réfection d'un méat urinaire, oblitération de l'orifice sous-pubien, reconstitution d'un prépuce complet.

Dans le cas actuel, le résultat est parfait et l'incontinence tend à disparaître.

Anévrysmes du cou traités par la ligature.

M. Berger lit un rapport sur une observation présentée lors d'une précédente séance par M. Monod. Il s'agissait d'un anévrysme du tronc branchio-céphalique traité avec succès par la méthode de Brasdor.

M. Le Dentu, à ce propos, rapporte trois cas d'anévrysmes de la base du cou qu'il a également traités par la ligature. Il a constaté dans ces cas que la ligature périphérique des gros vaisseaux du cou donne des résultats satisfaisants.

M. Poulet, de Plancher-les-Mines, adresse une note sur la composition anormale d'un suc gastrique qui contenait par centimètre cubes 3 centigrammes de fer ou d'oxyde de fer. Dans ce cas les accidents gastriques auraient été dûs à cette quantité excessive de fer.

J. P.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 25 janvier.

Cyanose et hyperglobulie.

M. Marie, à propos du compte rendu de la dernière séance, déclare qu'il n'avait pas eu connaissance de la leçon faite par M. Hayem le 22 décembre 1894 (Voir *Gazette médicale* des 19 et 26 janvier 1895), et il ajoute qu'il est très heureux que les idées exprimées par lui à l'avant-dernière séance soient identiques à celles de cet éminent hématologiste.

M. Widal. — Voici une note que M. Vaquez me prie de vous communiquer et qui a trait à la discussion présente. C'est au sujet du malade dont il a présenté l'observation à la Société de Biologie en 1892. Ce malade mourut en janvier 1893 et les résultats de l'autopsie furent les suivants : le cœur ne présentait aucune lésion, le foie était hypertrophié, la rate pesait 1,800 grammes. Le malade était mort d'une tuberculose aiguë granuleuse, vraisemblablement contractée à l'hôpital. Du vivant du malade, M. Vaquez avait cru à l'existence de lésions congénitales du cœur. Il avait recherché le nombre des globules rouges, il l'avait toujours trouvé voisin de 8,000,000, et, une fois, ce chiffre atteignit près de 9,000,000. Pour lui, l'hyperglobulie paraissait donc due à la cyanose par malformation congénitale du cœur. D'ailleurs, de nouveaux cas seront rapportés ultérieurement.

Je rapporterai, maintenant, l'observation d'un malade vu avec M. Rendu, et chez lequel il y avait une rate du poids de 4 kilos. En général, on observe, dans cette splénomégalie, de l'aleucémie et de l'hyperglobulie. Mais, dans le cas actuel, il y avait cyanose avec hyperglobulie. Chez ce malade, M. Lion avait compté, en 1892, 6,200,000 globules rouges. Quelques jours avant la mort du sujet, M. Vaquez avait compté 5,250.000 globules. Dans les deux cas, il n'y a jamais eu de globules blancs en excès.

J'insisterai sur les caractères de la cyanose que présentait ce malade. C'était une cyanose particulière. Seules, les extrémités étaient prises : les lèvres, le nez, le menton, les oreilles, le gland, les doigts et les orteils. La peau était plissée sur les doigts et ceux-ci n'étaient pas en spatule. La cyanose était néanmoins restée permanente, sans que jamais l'examen du cœur ne décelât aucun symptôme. A l'autopsie, d'ailleurs, le cœur était indemne de toute lésion. Donc le syndrôme cyanose peut exister sans lésion cardiaque. Je me réserve de revenir, avec les faits histologiques, sur cette communication, dans une prochaine séance.

M. Variot. — Je demande la permission d'apporter quelques observations complémentaires dans cette question de la cyanose accompagnée d'hyperglobulie, que j'ai pu poursuivre grâce à l'obligeance de mon ami, M. Richardière.

a) Dans la première observation, il s'agit d'un malade âgé de 20 ans, atteint de cyanose congénitale, de pied bot et d'une déformation du pavillon de l'oreille droite. Pendant 8 jours, on a quotidiennement examiné son sang et voici les résultats obtenus :

1er jour	7.000.000
2e —	5.300.000
3e —	6.400.000
4e —	4.500.000
5e —	6.500.000
6e —	8.550.000
7e —	9.386.000
8e —	6.500.000

b) La seconde observation est celle d'un garçon de 10 ans, avec cyanose congénitale typique, ainsi que le témoignait l'examen physique du cœur. Un seul examen hématique a été fait, qui a fourni le chiffre de 6,820,000 globules rouges.

c) Dans la troisième observation, on examine le sang d'un enfant de 10 mois, atteint dès sa naissance d'une cyanose accentuée, et voici les résultats des recherches qui ont été faites :

1er examen	4.340.000
2e —	5.580.000

d) Un enfant de 4 ans, atteint de rétrécissement de l'artère pulmonaire sans cyanose, a donné, à l'examen, 4,981,000 globules.

En somme, voilà des cas de cyanose congénitale avec malformation du cœur où l'hyperglobulie constatée par M. Richardière et par moi était bien manifeste. Quel rapport y a-t-il donc entre cette hyperglobulie et cette cyanose? Comme on les a vues coïncider sans lésion congénitale du cœur, on est bien obligé d'admettre qu'il y a entre elles un rapport de cause à effet. Dans le sang, en effet, le nombre des globules est augmenté; partant, il y a plus d'hémoglobine. Et c'est par elle que s'explique la coloration livide de la peau. De plus, il faut supposer que cette teinte violacée est due à l'hémoglobine réduite, semblable à celle du sang veineux. En effet, si elle reconnaissait pour cause l'oxyhémoglobine, la peau aurait une coloration rouge vif. Il serait intéressant de savoir si dans les cas de cyanose localisée, comme dans la maladie de mon maître Maurice Raynaud, les choses se passent de la même façon. Donc la cyanose est bien la cause de l'hyperglobulie, et l'on peut dire qu'elle s'accompagne d'hyperglobinémie. Si l'on s'en tient à ces faits, on comprend que l'ancienne théorie de la cyanose, qui attribue cet état pathologique au mélange des deux sangs, tombe d'elle-même. Si l'on s'en rapporte, d'autre part, à l'existence de malformations cardiaques, on s'explique la part de vérité que contenait la théorie qui faisait naître la cyanose d'une gêne circulatoire.

Des myélites infectieuses à streptocoques.

M. Œttinger. — Je reviens sur les faits expérimentaux rapportés à la dernière séance par MM. Widal et Bezançon, à propos d'un fait clinique que j'ai eu l'occasion d'observer avec M. Marinesco (Voir *Gazette médicale*, du 26 janvier 1895).

Un varioleux, atteint de variole bénigne, quatre jours après l'éruption, une fois la fièvre tombée, présenta des symptômes de paralysie des membres inférieurs avec incontinence d'urine. Le lendemain, la paralysie avait gagné les membres supérieurs; trois jours après, le malade mourait par paralysie ascendante aiguë.

A l'autopsie, on remarque dans la moelle des lésions qui s'affirment sous le microscope. Ce sont des lésions vasculaires intéressant surtout les sillons antérieur et postérieur, les cornes antérieures et le canal de l'épendyme, et se traduisant par de l'endovascularite entourée par des amas de cellules embryonnaires. A cela il faut ajouter de nombreux streptocoques libres ou bien contenus dans des globules blancs dégénérés.

Les mêmes lésions s'observent dans l'intérieur du canal de l'épendyme. C'était en somme une infection de la moelle due à des streptocoques cantonnés autour des vaisseaux; de plus, il y avait une fragmentation des cellules des cornes antérieures avec détachement du prolongement protoplasmique. Cela expliquait les paralysies que nous avons décrites.

Au total, j'ai cité ce fait pour montrer que les myélites infectieuses n'ont pas toujours l'origine toxique que M. Widal a montrée par des faits expérimentaux, et qu'il y a des cas où l'on peut trouver avec le streptocoque lui-même des altérations vasculaires, de l'œdème, des foyers hémorrhagiques, lésions causées par la présence même du streptocoque. Différents auteurs, et entre autres Baumgarten, ont cité des cas de paralysies ascendantes aiguës, dans lesquelles ils ont nettement constaté l'existence de micro-organismes dans la moelle.

M. Widal. — Le fait rapporté par M. Œttinger est rempli d'intérêt. Néanmoins, je dois dire que je n'ai point soutenu qu'on ne rencontrait pas de microbes dans les vaisseaux de la moelle. La présence de microbes dans la moelle ne signifie pas que les lésions de cette moelle ne puissent être attribuées à des toxines. Nous en voyons couramment des exemples dans les infections du rein. D'autre part, dans les cas de variole, on trouve toujours des streptocoques. Ils sont nombreux, ils ont une virulence extrême, plus grande que dans les érysipèles, et ce sont souvent eux qui tuent les varioleux. A ce sujet, j'ai examiné les moelles de deux individus morts d'érysipèle et dans lesquelles je n'ai pas trouvé de streptocoques. Mais les cellules des cornes antérieures étaient en dégénération granuleuse. Dans les petits vaisseaux, on trouvait des globules rouges en grande abondance, et autour des vaisseaux un manchon de leucocytes. Ce processus peut probablement aboutir à la sclérose. Je crois donc que pour éclairer ces questions, il importerait d'examiner systématiquement la moelle et le système nerveux central de tout individu mort de maladie infectieuse.

M. Marie. — Ces derniers temps, j'ai fait, grâce à l'obligeance de mon collègue Legendre, des examens de moelles d'enfants morts de diphtérie. Du côté des cellules de la colonne de Clarke, des dégénérations particulières s'étendaient quelquefois du côté du faisceau de Gowers.

Dans un grand nombre de cas, la moelle était altérée sans qu'il y ait eu de symptômes cliniques pour l'expliquer.

J'ai relevé un second fait dans la communication de M. Œttinger. Il a dit que son malade était mort de paralysie ascendante aiguë. C'est un nouveau cas en faveur de l'origine bulbo-médullaire de cette affection qui n'est pas due, comme on l'a pensé longtemps avec Leyden, à une simple névrite périphérique.

M. Chantemesse. — Cette discussion me pousse à lire l'observation d'une femme qui, à la suite d'un érysipèle de la face intense, a présenté, longtemps après, des phénomènes de myélite chronique.

En effet, trois ans après son érysipèle, elle a successivement présenté les symptômes suivants : d'abord, lourdeur et fourmillement dans la jambe gauche qui gênaient la marche. Six mois plus tard, mêmes phénomènes dans la jambe droite. Peu à peu le fourmillement gagne la fesse et la région lombaire, puis l'enlace en ceinture; les réflexes sont exagérés, il y a de la trépidation spinale; la démarche et le maintien sont ceux d'un tabétique.

Pas de modifications dans l'aspect des membres; pas de troubles de la sensibilité, sauf dans la moitié inférieure de la jambe gauche où la sensibilité au froid est exagérée. La miction et la défécation sont normales, mais la malade ne peut pas retenir longtemps ses urines. Rien du côté des sens; la malade se tient difficilement debout lorsqu'elle a les yeux fermés. Elle a même eu des vertiges lorsqu'elle se levait la nuit. Elle a eu de la dyspnée pendant un certain temps, lorsqu'elle montait dans son lit.

En somme, ce sont bien là des symptômes de myélite chronique à marche lente qui, vraisemblablement, doivent se rattacher à l'érysipèle antérieur.

De la valeur diagnostique des adénopathies sus-claviculaires.

M. Girode. — Lorsque l'on constate une adénopathie sus-claviculaire chez un individu anémié et cachectique, on pense tout de suite à une lésion cancéreuse de l'abdomen et surtout de l'estomac. Il y a quelques cas où la signification de cette adénopathie est cependant différente. Ainsi, M. Fernet a montré qu'il y en a dans certains cas de tuberculose. Ce sont des faits de ce genre que je voudrais mentionner.

Une malade entre à l'hôpital Beaujon atteinte de douleurs gastriques et de vomissements. Elle a une teinte subictérique, elle est amaigrie, les urines sont diminuées, il n'y a pas d'albumine, pas de pigments biliaires, la peau est sèche, le ventre est saillant, le foie est volumineux et déborde de trois à quatre travers de doigt; son bord libre est dur et irrégulier, mais la surface ne semble pas être recouverte de nodosités. La rate est peu accessible à cause de la présence d'une légère ascite. Il y a trois ganglions sus-claviculaires au niveau de la partie moyenne de cet os. Ils sont isolés, durs, mobiles, peu adhérents. On a pu faire l'ablation du plus gros de ces ganglions. Quelques jours après, l'ictère fait des progrès, la malade meurt au milieu des phénomènes de cachexie cancéreuse. On avait pensé, à cause de l'ictère, de l'hépatomégalie et des ganglions sus-claviculaires, à un cancer du foie.

Quant aux troubles dyspeptiques du début, on les expliquait par la présence d'un petit épithéliome gastrique masqué par la lésion volumineuse du foie.

A l'autopsie, le foie était volumineux. C'était un organe dur, jaunâtre, irrégulier, dont le lobe droit faisait saillie. Au poumon gauche, il y avait de la symphyse pleurale du sommet et des noyaux crétacés et caséeux dans le parenchyme pulmonaire. A la coupe, les ganglions présentaient une surface grise, dure, ne laissant pas suinter de suc par le grattage. Au microscope, nodules tuberculeux et cellules géantes typiques. La coloration de Weigert fait voir le bacille de Koch. L'inoculation à un cobaye n'a laissé vivre cet animal que vingt-sept jours. L'étude histologique du foie montrait que l'on avait affaire à une cirrhose bi-veineuse avec dégénérescence graisseuse de certaines cellules hépatiques. Il n'y avait rien qui rappelât un nodule tuberculeux.

En somme, deux éléments morbides dans ce cas : une cirrhose à marche rapide au cours de laquelle s'est réveillée une tuberculose ancienne. Quant aux ganglions sus-claviculaires dégénérés, ils correspondaient à la symphyse tuberculeuse du sommet gauche. Donc, la tuberculose peut réaliser une adénopathie cervicale qui fait penser quelquefois à une lésion cancéreuse de l'abdomen.

La deuxième observation que je présente a une valeur surtout pronostique. Il s'agit d'un homme de 60 ans, entré le 4 juillet dans mon service à l'hôpital Beaujon. Il présente de l'anorexie, des vomissements rares au début, puis des vomissements noirs, couleur marc de café. L'amaigrissement est considérable, le malade a le teint jaune paille, le ventre plat et de l'œdème des membres inférieurs. On sent même une tumeur à la partie droite de l'épigastre. L'estomac est dilaté. Le malade est constipé, il a des mélæna. Enfin, derrière l'extrémité interne de la clavicule gauche, on sent des ganglions très petits. Le 25 juillet, la prostration augmente. Les ganglions sont plus volumineux et l'un atteint les dimensions d'une noix.

En même temps apparaissent des phénomènes importants du côté du membre supérieur gauche. C'est un œdème blanc, massif, de tout ce membre; les doigts sont violacés, la sensibilité est obtuse. Il y a de la circulation collatérale, mais on ne sent pas le cordon formé par les veines profondes, sauf toutefois à la partie interne de l'aisselle. Pas de fièvre; l'œdème reste stationnaire jusqu'au 12 août. A ce moment, le gonflement de la veine diminue, le ganglion de ce côté qui, jusque-là, s'était accru, reste stationnaire. Le 27 août, il n'y a plus rien, le ganglion a diminué; peu après, le malade sort de l'hôpital.

Cet état du membre supérieur gauche s'explique par une obstruction veineuse au niveau de la sous-clavière due au volume du ganglion, à laquelle la cachexie cancéreuse du malade le prédisposait. On voit donc que, par suite de la présence de ce ganglion sus-claviculaire à la racine du membre supérieur, la complication que nous venons d'indiquer n'avait pas la gravité immédiate que l'on aurait pu supposer.

M. Mathieu. — La présence de l'adénopathie sus-claviculaire m'a fait faire un diagnostic exact et deux erreurs.

Je vois à l'hôpital une malade mourante, avec infiltration des membres inférieurs, purpura et hémorrhagies diverses. On n'avait à son sujet aucun renseignement, ni diagnostic précis. Mais je trouve une adénopathie sus-claviculaire gauche, et je porte le diagnostic de cancer. D'ailleurs nous avons bientôt pu vérifier ce diagnostic. C'était en effet un cancer du pylore avec généralisation au foie. Dans le cas présent, le signe de l'adénopathie sus-claviculaire m'a bien fait diagnostiquer une des cachexies polymorphes du cancer de l'estomac. Voilà pour le diagnostic exact. A côté de ce succès, j'ai commis les deux erreurs que voici :

Une femme de 40 ans, soignée à juste titre, par M. Bucquoy, pour un ulcère rond de l'estomac, est améliorée par le régime lacté. Reprise bientôt d'accidents et de vomissements noirs, elle s'anémie et se cachectise de jour en jour. Je la vois dans mon service avec des douleurs intenses et je crois sentir une tumeur profonde dans la région épigastrique. Cela ne suffisait-il pas pour porter le diagnostic de cancer de l'estomac développé sur un ulcère rond ? Je fais donc le diagnostic de cancer, d'autant plus qu'il y avait des ganglions sus-claviculaires, du côté gauche, durs et roulant sous le doigt.

A l'autopsie, je trouve un ulcère rond chronique, avec bords épaissis, et une perforation qui était fermée extérieurement par le pancréas. Quant aux ganglions ils étaient noirs et sans exsudation à la coupe. Ce sont eux qui m'ont fait faire l'erreur de diagnostic que l'on voit.

Plus récemment, en ville, ils m'en ont fait faire une seconde. Un homme de 45 ans se présente à moi, avec dyspepsie intense, un dégoût complet pour les aliments et surtout pour la viande, ballonnement du ventre, gonflement, pesanteur, maigreur et teinte jaune paille. Le diagnostic de cancer de l'estomac semblait s'imposer, quoiqu'on n'eût pas senti d'induration au creux épigastrique, mais il y avait l'adénopathie classique. Je donne donc à mon malade du chlorate de soude et je le mets au régime acté. Quelque temps plus tard, je le revois avec une éruption de papules syphilitiques sur le corps. J'institue aussitôt le traitement antisyphilitique et l'amélioration complète se fait rapidement. L'adénopathie disparaît, elle était donc bien syphilitique.

Depuis, j'ai eu l'occasion de voir des polyadénopathies sus-claviculaires avec gros ganglions remplissant tout le triangle sus-claviculaire chez les tuberculeux. Je crois donc que ces ganglions multiples et assez volumineux doivent attirer l'attention du côté de la tuberculose plutôt que du cancer.

M. Rendu. — On sait que la polyadénopathie des petits enfants est un signe presque constant de tuberculose. Cela confirme ce que vient de dire M. Mathieu.

M. Mathieu. — J'ai voulu insister sur cette coïncidence de troubles digestifs et de sensation de tumeur de l'épigastre d'un côté, d'adénopathie de l'autre, qui fait que, devant cet ensemble, on porte à tort le diagnostic d'un cancer qui n'existe pas. A l'avenir, je me montrerai plus sévère sur l'interprétation de cette adénopathie.

Eruption spontanée de la bile dans les kystes hydatiques du foie.

M. Galliard. — Voici un fait où une éruption spontanée de bile dans l'intérieur d'un kyste hydatique n'a pas eu d'influence sur l'évolution de ce kyste. Un malade entre à l'hôpital Beaujon avec un kyste hydatique volumineux. M. Girode fait une ponction avec la seringue de Pravaz, et en retire un liquide limpide. Je succède à M. Girode dans le service, et je fais une ponction évacuatrice. Je retire 7 à 800 grammes d'un liquide brun-verdâtre, bilieux ; j'injecte à la suite 25 grammes de liqueur de Van Swieten. Je renouvelle la ponction quelques jours après, et j'injecte 20 grammes de liqueur de Van Swieten. Huit jours plus tard, dernière ponction d'un litre, suivie de la même injection. Le malade aurait cependant passé dans un service de chirurgie, s'il n'avait voulu quitter l'hôpital.

Ce que je tiens à faire remarquer, c'est que, contrairement à un fait déjà cité par moi, la survenue de la bile dans ce kyste n'a été suivie d'aucun accident. De plus, malgré la communication du kyste avec les voies biliaires, il faut remarquer que les injections successives de sublimé n'ont pas altéré la santé générale, et n'ont produit aucun trouble local.

M. Girode. — Après la ponction d'un centimètre cube que j'avais faite avec la seringue de Pravaz, j'ai observé un fait assez curieux et dont je n'ai pu me rendre compte. La tumeur auparavant était énorme ; subitement, après la ponction, elle s'est affaissée considérablement, d'une façon transitoire, il est vrai.

J. P.

LES LIVRES

Rhinologie, Otologie, Laryngologie. — Enseignement et pratique de la Faculté de médecine de Vienne, par le Dr Marcel Lermoyez, médecin des hôpitaux de Paris, chargé d'une mission par le ministère de l'Instruction publique. Un vol. in-8° de 540 p. : Georges Carré, éditeur, Paris, 1894.

Ce livre que je viens de lire avec le plus vif intérêt est le compte rendu de ce que M. Lermoyez a vu et appris à Vienne. C'est le rapport très documenté d'un missionnaire scientifique qui, à tous égards, a su légitimer le choix qu'on avait fait de lui. Le distingué médecin des hôpitaux de Paris, qui estime que le pèlerinage à l'« Alserstrasse », sans être absolument nécessaire, est cependant utile à ceux qui embrassent la carrière oto-laryngologique, n'a pas craint de se remettre sur le banc des écoliers, afin de pouvoir mieux nous renseigner sur l'enseignement des spécialités du larynx et des oreilles en Autriche et sur les opérations et traitements plus habituellement mis en usage.

Le futur médecin, nous apprend-il, sort du gymnase avec le *certificat de maturité* qui équivaut au diplôme de bachelier. Il se rend au décanat de l'Université qu'il a choisie et s'y fait immatriculer : dès ce moment, il devient *étudiant, citoyen académique*. Généralement, dans les cours des deux premières années, il subit trois épreuves orales préparatoires, portant sur la zoologie, la botanique, la minéralogie. Au bout de cinq années, temps réglementaire de la durée des études, il passe les trois *Rigorosen*. Le *Rigorosum* est un examen de doctorat très complexe et très sérieux, portant le premier sur la physique, la chimie, l'anatomie, la physiologie ; le second sur la pathologie générale, la pathologie interne, l'anatomie pathologique, la thérapeutique ; le troisième sur la pathologie externe, les accouchements, l'ophtalmologie, la médecine légale. Il est à remarquer que tous ces examens comportent des épreuves à la fois théoriques et pratiques : une dissection, une préparation histologique, une analyse chimique, des épreuves de diagnostics médicaux et chirurgicaux, des applications de bandages, des opérations générales et spéciales, des manipulations obstétricales. La *promotion au doctorat* suit immédiatement le dernier examen ; elle est conférée par un professeur ordinaire sous la présidence du recteur assisté du doyen du collège des professeurs, d'après un cérémonial déjà fort ancien. Le candidat n'a pas de thèse à présenter.

C'est seulement lorsque sa scolarité est finie et qu'il a reçu le titre de docteur que le médecin autrichien peut aborder la carrière scientifique. Il choisit la science à laquelle il doit se consacrer et entre comme *aspirant* dans une clinique. Au bout de deux à trois ans, il « aspire » à devenir assistant. Tout ceci est subordonné au choix de son chef de service. *L'assistant* est un personnage et ne saurait être comparé à nos internes, alors que l'aspirant en serait l'externe. Ces auxiliaires autrichiens ont une toute autre valeur : au reste les hiérarchies médicales françaises et autrichiennes se prêtent peu à un parallèle serré. L'assistant brigue souvent le titre de privat-docentat, qu'il obtiendra en passant un examen *l'habilitation*, en subissant une thèse et en se soumettant à l'épreuve publique du *colloquium*. Le *docent* allemand n'est pas le pendant de l'agrégé français. L'agrégé a des fonctions ; le docent n'a qu'un titre. L'agrégé est nommé par l'Etat ; le docent ne reçoit que l'investiture académique. L'agrégé est un fonctionnaire du gouvernement qui fait passer des examens, donne un cours officiel et émarge au budget ; le docent est un simple particulier qui ne fait partie d'aucune commission d'examen et enseigne à ses risques et périls. Etant donné que tout candidat méritant peut recevoir l'habilitation, on conçoit que la valeur de l'Université se mesure assez bien au nombre des docents qu'elle renferme.

Le privat-docent a généralement l'ambition haute ; il ne comprend ses fonctions que comme une étape intermédiaire au bout de laquelle il atteindra enfin le titre de professeur, cet idéal rêvé : être « Herr Professor ! »

Pour devenir *professeur extraordinaire*, le docent n'a à subir aucune épreuve, c'est la simple nomination par le ministre de l'instruction publique, d'après une liste de présentation fournie par la Faculté. Le titre de professeur extraordinaire est purement honorifique, pour la raison bien simple que le nombre de nominations à faire est illimité et que dans une même matière il peut y avoir autant de professeurs promus qu'il y a de docents méritants ou en faveur. Si le privat docent, pour peu qu'il ait quelque mérite, obtient le plus souvent le titre de professeur extraordinaire, il est, au contraire, peu fréquent que l'extraordinaire devienne professeur ordinaire. Les fonctions de ce dernier sont à peu près les mêmes que celles des professeurs de nos Facultés. Il émarge au budget de l'Etat, outre les rétributions qu'il reçoit de ses propres élèves.

On remarque à Vienne ceci de particulier que les cours sont payants et qu'ils restent tous essentiellement pratiques. Au *Privatim* peuvent exister un nombre indéterminé d'auditeurs qui sont réduits à dix, souvent à quatre, parfois même à un au *Privatissime*, répétitions données par les assistants. Elaguant les dissertations théoriques, le côté pratique n'est jamais perdu de vue dans un cours qui est, en outre, toujours complet, c'est-à-dire portant sur l'ensemble d'une spécialité.

L'enseignement de la laryngologie et de l'étiologie se donne à la fois à l'Hôpital général et à la Policlinique. A l'hôpital général sont Stœrk, Politzer, Gruber, Schrœtter, Chiari, Roth, Grossmann, Bing, Pollak ; à la Policlinique se trouvent Schnitzler, Urbantschitsch et Hajek.

Chaque professeur apporte à son cours un cachet de personnalité bien recherché, qu'il imprime non seulement à son enseignement, mais à sa manière de faire, à son instrumentation et même aux plus petits détails de sa pratique. Si M. Lermoyez a pris soin d'entrer dans le détail de l'enseignement donné par chacun d'eux, c'est pour montrer qu'en cette fin de siècle, la rhinologie, l'otologie et la laryngologie ont enfin acquis une importance qu'il serait puéril de leur contester ; qu'elles ont les mêmes droits à être enseignées que les autres branches de l'art médical et qu'il est humiliant pour nous d'aller demander à l'étranger de nous les apprendre. Que nous imitions seulement en partie ce qui se fait à Vienne, dit-il, et nous aurons fait un grand progrès.

Dans la seconde partie de son livre, M. Lermoyez passe en revue ce qui particularise la pratique de chacun des spécialistes autrichiens dans le traitement de quelques-unes des affections du nez, des sinus, du pharynx, du larynx, des oreilles. L'auteur, se défendant d'avoir voulu présenter un traité complet de thérapeutique spéciale, se borne à rapporter ce qu'il a vu et entendu. On lira avec intérêt les chapitres consacrés à l'épistaxis, au coryza aigu et chronique, à la rhinite hypertrophique, à l'ozène, à la tuberculose et à la syphilis nasales.... ; à l'empyème des sinus, aux angines aiguës, à la pharyngite granuleuse, aux végétations adénoïdes.... ; à la laryngite aiguë et chronique, à la tuberculose et à la syphilis laryngées.... ; à l'eczéma de l'oreille externe, aux diverses otites, au rétrécissement de la trompe d'Eustache...

Je signalerai enfin les conseils pratiques que l'auteur donne à ceux qui, désireux d'aller comme lui étudier à Vienne la pratique oto-laryngologique, voudraient s'éviter les tâtonnements au début du séjour.

Une mention doit être encore accordée à l'une des plus grandes curiosités de l'hôpital général, la femme fantôme, mannequin vivant qui commande avec une précision telle à ses réflexes pharyngo-laryngés que l'on s'exerce sur elle à la laryngoscopie et à la rhinoscopie postérieure, au cathétérisme de la trompe, aux pansements laryngés et même à l'extraction des corps étrangers du larynx. Cette femme du nom de Magdalena Gelly, qui se rend à domicile à raison de deux florins l'heure, est, sans vouloir froisser les professeurs de l'Alserstrasse, le meilleur maître, au dire de M. Lermoyez, que l'on puisse trouver à Vienne pour apprendre la technique de la spécialité oto-laryngologique.

En parcourant ce volume si nourri de faits, ce rapport si consciencieux, mon souvenir se reportait au spirituel discours que M. de Lacaze-Duthiers prononçait au banquet de la conférence « Scientia », il y a quatre ou cinq ans, sur le discrédit trop souvent justifié, dont étaient l'objet les missionnaires scientifiques. Il rappelait que lui-même avait été victime de cet état d'esprit tout particulier et il racontait avec humour l'histoire d'un prétendu naturaliste, botaniste et géographe, que, sous le ministère Ducos, l'amiral Baudin avait dû emmener au Sénégal pour y rassembler des collections et dresser des cartes, et qui n'était qu'un ignorant mercantile. Et il déplorait que, par crainte de perdre des situations acquises, les premiers savants ne s'expatriassent pas chez nous pour se consacrer à des missions, comme cela se fait en Angleterre. Il suffirait de quelques missionnaires scientifiques comme M. Lermoyez, pour relever le prestige de nos savants voyageurs, et faire tomber dans l'oubli les faits signalés par M. Lacaze-Duthiers !

Ces lignes étaient écrites quand, justifiant tout le bien que je pense de ce livre, l'Académie de médecine de Paris a jugé ce dernier digne d'une de ses meilleures récompenses.

CH. AMAT.

Société d'Editions scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois et place de l'Ecole de Médecine.

Les nouvelles méthodes dans le traitement de la diphtérie, par le Dr DE CRÉSANTIGNES, membre de la Société de Médecine et de Chirurgie pratiques, médecin du ministère de l'agriculture, officier d'Académie, etc., etc.

Chez J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.

La pratique des opérations nouvelles en chirurgie, par A. GUILLEMAIN, prosecteur à la Faculté de Médecine de Paris : Un volume in-18 de trois cent trente-quatre pages, avec trente-sept figures ; cartonné, 5 francs.

ACTES DE LA FACULTÉ

DU 4 AU 9 FÉVRIER 1895

EXAMENS

LUNDI 4 FÉVRIER, à 1 heure. — 2e (2e partie) : MM. Gley, Déjerine, Retterer. — 3e Oral (1re partie) : MM. Pinard, Marchand, Lejars.

MARDI 5 FÉVRIER, à 1 heure. — 3e Oral (1re partie) : MM. Berger, Schwartz, Bar. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité : MM. Guyon, Nélaton, Albarran. — 5e (2e partie), Charité : MM. Debove, Marfan, Marie.

MERCREDI 6 FÉVRIER, à 1 heure. — *Dissection, épreuve pratique* : MM. Farabeuf, Sebileau, Jalaguier. — 3e (2e partie) : MM. A. Robin, Brissaud, Gaucher.

JEUDI 7 FÉVRIER, à 1 heure. — *Médecine opératoire, épreuve pratique* : MM. Panas, Duplay, Poirier. — 2e (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Troisier, Gilbert. — 4e : MM. Laboulbène, Pouchet, Gilbert.

VENDREDI 8 FÉVRIER, à 1 heure. — 4e : MM. Pouchet, Landouzy, Netter. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité : MM. Tillaux, Tuffier, Lejars. — 5e (2e partie), Charité : MM. Potain, Chauffard, Letulle.

SAMEDI 9 FÉVRIER, à 1 heure. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu : MM. Le Dentu, Quénu, Brun. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu : MM. Cornil, Chantemesse, Ménétrier. — 5e (1re partie), Obstétrique (Clinique d'Accouchements, rue d'Assas) : MM. Tarnier, Maygrier, Bar.

THÈSES

MERCREDI 6 FÉVRIER, à 1 heure. — *M. Haffner* : Recherches pratiques sur la topographie cranio-cérébrale ; MM. Tillaux, Terrier, Ricard, Tuffier. — *M. Eymonnet* : De la trachéotomie chez l'adulte ; procédé opératoire ; indications ; MM. Tillaux, Terrier, Ricard, Tuffier. — *M. Souville* : Cholécystite scléreuse d'origine calculeuse et péricholécystite ; MM. Terrier, Tillaux, Ricard, Tuffier. — *M. Manson* : Traitement des adénopathies tuberculeuses et en particulier des adénopathies suppurées chez les enfants ; MM. Lannelongue, Landouzy, Letulle, Poirier. — *M. Maurel* : De l'infectiosité et de la contagiosité de l'amygdalite aiguë ; MM. Landouzy, Lannelongue, Letulle, Poirier.

JEUDI 7 FÉVRIER, à 1 heure. — *M. Dibot* : Contribution à l'étude de la grossesse extra-utérine ; MM. Tarnier, Raymond, Hanot, Maygrier. — *M. Lardeux* : Lèpre nostras (syringomyélie, maladie de Morvan, sclérodactylie) ; MM. Raymond, Tarnier, Hanot, Maygrier.

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

FACULTÉS

Stage hospitalier.

Le classement des stagiaires pour les mois de mars, avril, mai et mi-juin, aura lieu les 4, 5 et 7 février 1895, de 9 à 11 heures du matin, dans le petit amphithéâtre de la Faculté.

MM. les étudiants recevront une lettre de convocation individuelle.

(Faire connaître les changements d'adresse, s'il y a lieu.)

Concours d'agrégation de médecine.

(Suite des questions.)

Du cancer du poumon ;
De l'insuffisance aortique ;
De l'anémie dite pernicieuse progressive ;
Pathogénie de l'albuminurie ;
De la tuberculose bucco-pharyngée ;
Symptômes et diagnostic de l'hémorrhagie cérébrale.

(2e épreuve. — Exposé des titres. — Ordre de passage.)

1re séance. — MM. Etienne, Frenkel, Collet, Barbier ;
2e séance. — MM. Vaquez, Widal, Renon, Arnoult ;
3e séance. — MM. Thoirot, Besançon, Chatin, Sacase ;
4e séance. — MM. Gaston, Mosny, Rispal, Lesage ;
5e séance. — MM. Achard, Dupré, Ferrier, Bret ;
6e séance. — MM. Claisse, Sabrazès, Specker, Morel ;
7e séance. — MM. Hobbs, Boyer, Charmeil, Le Dantec ;
8e séance. — MM. Lion, Ausset, Daunic, Girode ;
9e séance. — MM. Legay, Wurtz, Pic, Duflocq ;
10e séance. — MM. Foveau, Thiroloix, Bruuelle, Zilgien ;
11e séance. — MM. Blocq, Bosc, Gilles de la Tourette.

Concours de l'externat.

Questions de pathologie : Entorse. Hydarthrose. Signes de la pneumonie franche aiguë. Signes et diagnostic des fractures du col du fémur. Chloroformisation. Ascite. Fracture de l'extrémité inférieure du radius. Anthrax. Signes de la fièvre typhoïde.

Sont désignés pour passer leur épreuve de pathologie les candidats de la série, dont les noms commencent par D, E, F, G, H, depuis M. Duvernoy jusques et compris M. Hyenne.

HOPITAUX DE PARIS

Hôpital de la Pitié.

M. A. Robin : lundi, à 10 heures, leçon de séméiologie ; mercredi et jeudi, à 9 heures, leçons de clinique thérapeutique.

En outre, les leçons de pathologie interne et de clinique médicale sont faites les jeudis, vendredis et samedis, à 10 heures et quart, par des médecins attachés au service.

NOUVELLES

Concours public pour la nomination à deux places de chirurgiens.

Ce concours sera ouvert le jeudi 14 mars 1895, à midi, à l'administration centrale de l'Assistance publique, avenue Victoria, n° 3.

MM. les docteurs qui voudront concourir se feront inscrire au secrétariat général de l'administration, de midi à trois heures, et y déposeront leurs titres.

Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le lundi 11 février 1895, et sera clos définitivement le lundi 25 du même mois, à trois heures.

Sérum antidiphtérique.

Le sérum antidiphtérique de l'Institut Pasteur sera délivré aux pharmaciens et droguistes à partir du 10 février prochain. Toutes

66e Année. 9e Série. Tome II — N° 6 — 9 Février 1895

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : **Dr F. de RANSE** — *Rédacteur en chef :* **Dr Pierre SEBILEAU**

Secrétaire de la Rédaction : **M. Em. EMERY**

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 28, rue Vignon

REVUE DE MÉDECINE

Le cyclisme au point de vue médical.

La question indiquée dans le titre qui précède n'a été posée que tout récemment, et on peut même s'étonner d'un état qui ne s'accorde guère avec son importance véritable, car le cyclisme est entré maintenant dans nos mœurs dont il semble devoir désormais faire partie intégrante. Le nombre de ses adhérents, qui s'appelle déjà légion, s'accroît tous les jours dans des proportions qui font prévoir, pour un avenir prochain, sa diffusion à peu près universelle. C'est ainsi que ce nouveau mode de locomotion, qui parut au début n'être qu'un sport élégant, réservé à quelques privilégiés, est en voie de s'acclimater chez nous et chez la plupart des peuples européens, entre lesquels il établit même une émulation qui se traduit par la fréquence des joûtes et des records internationaux. La bicyclette auprès de la marche, c'est la locomotive à côté de la diligence. Or, qui oserait encore mettre en doute la supériorité de celle-là sur celle-ci, de la première sur la seconde?

Le cyclisme a maintenant sa littérature qui a déjà tout dit sur ses avantages et sur ses agréments. La poésie elle-même est intervenue dans le débat pour célébrer ceux-ci à sa façon. Le principal de ses bienfaits réside, selon nous, dans la facilité qu'il donne aux hommes de se rapprocher les uns des autres, par suite de la quasi-suppression des distances. Ce n'est donc pas seulement une invention remarquable, c'est encore un moyen de civilisation qui s'ajoute à tout ce que la science a déjà créé pour rendre la vie moderne facile et agréable. Il y a cependant une légère ombre au tableau, laquelle résulte de certains inconvénients ou dangers qui paraissent inhérents à la pratique du vélocipède. C'est précisément sur ces dangers, dont l'histoire est encore à peine ébauchée, que l'attention a été appelée dans ces derniers temps.

Ce sont les médecins et les hygiénistes qui ont apporté les premiers documents sur ce sujet, que les gens du métier et les personnes du monde ne pouvaient aborder, faute de compétence spéciale. A notre connaissance, c'est M. L.-H. Petit qui a, le premier, posé la question, dans sa communication académique du mois de septembre 1894. Notre confrère a cité trois cas de mort subite observés chez des cyclistes pendant la marche sur bicyclette. C'est d'abord le fait d'un homme de 65 ans, mort soudainement au moment où il descendait de sa machine; puis celui d'un médecin âgé de 40 ans environ qui paraît avoir succombé à une attaque d'angine de poitrine dans des circonstances à peu près identiques. Enfin, celui d'un clubman frappé également d'une manière brusque sur sa machine dans les rues de Paris. Bien qu'il n'y eût de renseignements cliniques et anatomo-pathologiques précis pour aucun de ces cas, M. Petit avait cru pouvoir formuler quand même des conclusions, et il donnait la vieillesse et les maladies du cœur comme des contre-indications formelles à l'usage de la bicyclette.

M. Hallopeau, chargé d'un rapport sur cette communication, crut devoir émettre un jugement plus motivé et légèrement adouci, se bornant à déclarer que, chez un sujet expérimenté, l'usage modéré du vélocipède ne trouble en aucune façon les fonctions du cœur, et que son rôle dans la production des morts subites ne peut être que celui d'une cause occasionnelle quelconque. La conclusion, c'était qu'il y a lieu de limiter l'interdiction de l'exercice vélocipédique à une catégorie spéciale de cardiaques, aux individus atteints d'affections aortiques ou mitrales mal compensées. Puis les documents s'accumulèrent, apportant dans le débat des notes plus ou moins discordantes.

C'est ainsi que M. Teissier (de Lyon) crut pouvoir conclure de certaines recherches, faites sur des coureurs après des marches forcées, que les exercices sportifs, poussés à un degré intensif, ne sont pas exempts de danger; qu'ils peuvent amener, indépendamment des troubles graves de la circulation mitrale, des accidents toxiques, susceptibles d'entraîner des conséquences sérieuses, entre autres l'albuminurie. M. Teissier disait avoir constaté chez des coureurs des signes de dilatation du cœur, pouvant faire craindre l'apparition ultérieure de phénomènes d'asystolie. Cette dernière remarque ne serait que la confirma-

tion de ce qui a été avancé autrefois, au sujet de l'influence du surmenage et des exercices physiques forcés sur le développement de l'asystolie. (Voir l'article de M. Raynaud. Dict. de Jaccoud). Nous devons dire ici que cette remarque n'a pas été corroborée par d'autres observateurs. Ainsi, Maurice de Fleury, ayant examiné les coureurs Terront et Corre après leur célèbre match de 1,000 kilomètres, ne constata chez eux aucun signe particulier du côté du pouls et du cœur. Les battements de l'artère radiale étaient normaux ; de même, les signes d'auscultation du côté du cœur. Evidemment, on ne peut juger la question avec un si petit nombre de faits et le problème reste à résoudre presque tout entier.

M. A. Robin est intervenu à son tour, envisageant la question sous un autre aspect, au point de vue des effets que l'exercice vélocipédique peut produire sur la nutrition. Notre collègue crut pouvoir déclarer, à la suite de ses expériences, que cet exercice pratiqué d'une façon modérée diminue l'excrétion de l'acide urique, proposition que l'on peut traduire par suractivité et augmentation des combustions interstitielles ; que par contre il est susceptible d'augmenter l'albuminurie, au moins d'une manière transitoire, chez les sujets atteints de sclérose rénale commençante. Voilà assurément une conclusion originale, qui fait voir, elle aussi, combien la question est à la fois intéressante et complexe.

Tout récemment celle-ci a été reprise devant la Société Médicale de Londres, à laquelle M. Richardson est venu exposer les résultats de son expérience sur ce sujet. Le savant médecin anglais dit n'avoir observé aucun cas de mort subite parmi les nombreux cyclistes avec lesquels il est en relations suivies et dont il partage les habitudes sportives. Il a cru remarquer cependant que la bicyclette exerce une action marquée sur le cœur, action qui se traduirait par une accélération considérable et en quelque sorte inconsciente des battements cardiaques et du pouls. Toutefois, il n'a pas observé corrélativement d'accélération marquée des mouvements respiratoires, encore moins de véritable dyspnée. M. Richardson a rencontré des faits paradoxaux, peu explicables en apparence : tel le cas du cycliste qui pouvait sans oppression et sans effort gravir des collines, et qui ne pouvait monter un escalier sans éprouver de l'essoufflement et des palpitations. Il croit pouvoir conclure de ses observations que la bicyclette n'exerce pas d'action nuisible sur le cœur. Il est même porté à croire qu'elle peut devenir dans certaines circonstances une sorte de moyen thérapeutique utile vis-à-vis de certaines cardiopathies. Nous regrettons que M. Richardson n'ait pas cru devoir ici préciser davantage, et qu'il ait oublié de désigner plus clairement les cardiopathies auxquelles il fait allusion. Son silence n'est peut-être que provisoire, imposé qu'il était sans doute par le manque de données suffisantes pour résoudre le problème. Cependant il laisse entendre que l'état des artères importe plus que celui du myocarde, et qu'il convient de le mettre au premier plan parmi les préoccupations du médecin chargé d'apprécier l'opportunité de l'exercice cyclique chez tel et tel individu.

Les idées du médecin anglais ont trouvé des adhérents et des contradicteurs parmi ses confrères. Ainsi, M. Samson et M. Little croient à une action favorable de l'exercice vélocipédique sur la fonction cardiaque, et ils y voient un moyen de combattre certaines dilatations commençantes. Ce moyen serait même préférable à la méthode d'Œrtel qui est d'ailleurs fondée sur un principe analogue. M. Isaac a été plus loin dans cet ordre d'idées et a cité le fait d'un médecin qui se livre à la bicyclette sans inconvénient malgré une affection aortique dont il est atteint, fait qui, soit dit en passant, tendrait à affirmer l'innocuité du cyclisme vis-à-vis de certaines affections valvulaires. Un autre a nié l'influence accélératrice sur le cœur, comme une assertion contraire à son expérience personnelle. Malgré ces divergences, l'opinion de nos confrères britanniques est généralement favorable au sport vélocipédique, au point que nous ne serions pas surpris d'apprendre qu'il est devenu entre leurs mains un agent thérapeutique vis-à-vis de certaines maladies du cœur.

Une conclusion uniforme et définitive n'est donc pas autorisée actuellement en ce qui concerne les effets nuisibles de la bicyclette sur la fonction cardiaque chez l'homme. Les documents nécessaires pour cela sont encore extrêmement clairsemés et insuffisants ; car c'est une chose à noter que ce sport, dont la diffusion est devenue à peu près universelle, ait fourni jusqu'à présent matière à un si petit nombre d'observations médicales. Aussi ne peut-on, à l'heure actuelle, que formuler quelques hypothèses auxquelles l'expérience seule pourra donner la confirmation nécessaire.

On peut admettre, par exemple, que la cause première des accidents qui ont été signalés à diverses reprises réside dans les efforts que certains exercices vélocipédiques exigent de la part du cavalier : entre autres, ceux qui ont pour but l'ascension des côtes, ou bien l'augmentation de la vitesse au delà des proportions normales. Hors de ces deux conditions, il n'y a rien à dire, car il n'y a pas plus de fatigue à progresser modérément sur un plan horizontal qu'à marcher tranquillement dans les allées d'un jardin, tant est remarquable la docilité de l'appareil de progression appelé *bicyclette*. On pourrait dire de celle-ci, sans métaphore, qu'elle ne demande qu'à marcher. Le mécanisme de l'effort n'est donc exigé que dans des circonstances exceptionnelles et c'est précisément la valeur de celles-ci qu'il s'agit de déterminer, si l'on veut arriver à établir sur une base rationnelle l'hygiène du cycliste.

Il faudrait pour cela des recherches qui n'ont pas encore été faites. Il faudrait pratiquer la mensuration du diamètre du cœur avant ou après une course un peu longue; il faudrait étudier les caractères du pouls au point de vue de la fréquence et du tracé sphygmographique : de même le nombre et l'amplitude des inspirations. Ce sont là les éléments indispensables du problème qu'il s'agit de résoudre. Cette enquête a-t-elle été déjà faite scientifiquement ? La chose est improbable, car les résultats en eussent été divulgués par la presse scientifique. C'est donc par une sorte d'induction *à priori* que l'on peut ranger, parmi les contre-indications à l'emploi de la bicyclette, certaines altérations viscérales comme l'athérôme et les lésions valvulaires, comme les myocardites et autres dégénérescences du moteur central. Et il y aurait lieu sans doute de préciser la distinction à établir entre les affections aortiques et les affections mitrales, dont le pronostic diffère habituellement à tant d'égards. La même difficulté existe lorsqu'il s'agit de déterminer les états cardiopathiques qui

sont susceptibles de subir une amélioration par le fait de l'entraînement sportif. L'accord n'est guère possible actuellement que lorsqu'il s'agit de certaines lésions, telles que les anévrysmes, pour lesquelles l'augmentation de pression artérielle, résultant de la synergie de l'effort, ne pourrait être qu'une cause puissante d'aggravation. C'est là un cas particulier sur lequel il ne saurait y avoir de divergences d'opinion ; mais c'est un cas simple, et il s'en faut que les autres questions formulées plus haut se prêtent à une solution aussi facilement acceptée.

Il faut espérer que cette lacune sera prochainement comblée, et que nous serons fixés prochainement sur la pathologie et sur l'hygiène cardiaques du cyclisme, afin que nous puissions montrer aux partisans de ce sport, déjà si nombreux, que là, comme ailleurs, l'intervention médicale s'exerce pour le bien de l'humanité.

P. M.

ASSISTANCE ET HYGIÈNE PUBLIQUES

I. Travaux du Conseil supérieur de l'Assistance publique pendant l'année 1894.

II. L'hygiène et l'assistance publiques en Belgique et en Hollande, par le Dr Delvaille.

I. Le Conseil supérieur de l'Assistance publique, institué par le décret du 14 avril 1886, a déjà attaché son nom à l'étude et à la préparation de plusieurs lois, décrets, règlements ou projets de loi intéressant l'assistance publique. C'est ainsi que, en ce qui concerne l'assistance aux enfants, il a préparé la loi du 24 juillet 1889 sur la protection de l'enfance moralement abandonnée; discuté et arrêté un projet de loi, soumis aux Chambres, sur la revision des lois et règlements relatifs au service des enfants assistés; étudié un autre projet ayant pour but de protéger l'enfant, même avant sa naissance, par la création d'établissements départementaux (ouvroirs, maternités, maternités secrètes) destinés aux femmes enceintes. Il a préparé de même la loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite, qui a fait entrer dans le droit public le principe de l'obligation des secours aux malades. Il a soumis à une étude approfondie la revision de la législation relative aux aliénés et la création de Sociétés de patronage pour les aliénés sortis des asiles. L'assistance aux vieillards et aux incurables a été l'objet d'une discussion qui a conduit à un projet de loi ayant de grandes analogies avec la loi sur l'assistance médicale gratuite.

Tous ces travaux, dont nous n'avons cité que les principaux, sont antérieurs à 1894. Pendant les deux sessions de cette dernière année, le Conseil a eu à compléter ses études précédentes et à en aborder de nouvelles.

— La loi du 15 juillet 1893 établit le principe et l'obligation de l'assistance médicale gratuite, mais, pour l'organisation et la mise en œuvre de cette assistance, s'en réfère au préfet et au Conseil général de chaque département. L'article 4 dit, en effet : « Il est organisé, dans chaque département, sous l'autorité du préfet et suivant les conditions déterminées par la présente loi, un service d'assistance médicale gratuite pour les malades privés de ressources.

» Le Conseil général délibère dans les conditions prévues par l'article 48 de la loi du 10 août 1871 :

» 1° Sur l'organisation du service de l'assistance médicale, la détermination et la création des hôpitaux auxquels est rattaché chaque commune ou chaque syndicat de communes;

» 2° Sur la part de la dépense incombant aux communes et aux départements. »

Respectueux des coutumes locales, le législateur a laissé, pour cette organisation, toute initiative aux autorités départementales. Dans une circulaire adressée, le 18 mai dernier, aux préfets, le ministre de l'intérieur, commentant la loi, a donné des indications générales sur le règlement départemental destiné à en assurer l'exécution. Mais il a jugé que, dans maintes circonstances, un règlement type serait des plus utiles à consulter, et le Conseil supérieur de l'Assistance publique a été chargé d'élaborer ce règlement. Après une discussion qui n'a pas duré moins de trois séances, il a arrêté un double projet de règlement : l'un, d'après le système par circonscriptions médicales; l'autre, d'après le système vosgien. Les départements auront le choix entre les deux systèmes. Il y a bien longtemps que nous avons, dans ce journal, montré les avantages du second système, qui réserve également la liberté du malade et celle du médecin.

— Le Conseil a consacré ses deux premières séances de l'année à l'examen d'un projet de loi sur *l'assistance aux jeunes sourds-muets et aveugles par l'éducation professionnelle*. Reprenant l'idée de la Convention, qui avait songé à instituer, à l'usage des sourds-muets, des institutions régionales placées sur divers points de la France et une école normale où serait formé le personnel enseignant de ces institutions, le directeur de l'Assistance publique a, par des recherches préalables portant sur toutes les institutions de jeunes sourds-muets et aveugles répandues dans les départements, préparé la solution de la question. Sur un rapport de M. Maurice Lebon, qui a résumé ce qui a été déjà fait à l'étranger et montré ce qu'on pourrait faire en France avec les éléments dont on dispose, la discussion s'est engagée et a abouti à l'adoption d'une projet dont les principales dispositions sont les suivantes :

« Une Ecole normale destinée à former des candidats au professorat est annexée aux institutions de Paris et de Bordeaux.

» Il sera établi, par régions, un certain nombre d'institutions nationales de jeunes aveugles et sourd-muets. Le ministre de l'intérieur pourra affecter à cet usage celles des écoles existantes qui présenteraient les garanties nécessaires.

» En dehors de l'enseignement professionnel nul ne peut être admis à enseigner dans une institution de sourds-muets sans avoir obtenu un des brevets institués par le ministre de l'instruction publique et un diplôme délivré par un jury spécial et unique.

» L'instruction comprend l'éducation intellectuelle, professionnelle et agricole suivant les aptitudes des élèves. Il sera fait chaque année un examen de classement.

« A côté de chacune des écoles d'aveugles sera institué un comité de patronage dont le directeur de l'Ecole fera partie. »

— Dès 1892, le Conseil municipal de Paris, fort de l'allocation considérable qu'il vote chaque année pour le budget de l'Assistance publique, s'était plaint de la part insuffi-

sante qui lui revient dans le contrôle des actes de l'administration et avait demandé la revision de la loi du 9 janvier 1849. Satisfaction va lui être donnée. Dans un rapport très intéressant, M. Napias a présenté l'historique de l'organisation administrative qui, à différentes époques, a régi l'Assistance publique, et rappelé les critiques soulevées par certaines dispositions de l'organisation actuelle. A la suite de ce rapport, une longue discussion s'est engagée au sein du Conseil, discussion où l'opinion des représentants du Conseil municipal a prévalu. En effet, d'après le projet adopté par le Conseil supérieur de l'Assistance publique, le Conseil de surveillance des hôpitaux, qui comprenait seulement deux membres du Conseil municipal, en contiendra douze, c'est-à-dire le tiers de ses membres effectifs. De vingt est porté ainsi à trente-six le nombre des membres du Conseil de surveillance qui, outre les dix nouveaux conseillers municipaux, comprendra, en plus, un médecin accoucheur des hôpitaux, un médecin des bureaux de bienfaisance, un ouvrier du Conseil des prud'hommes et trois membres nommés sur la proposition du préfet.

Au cours de la discussion, on a relevé quelques irrégularités de service de la part de certains médecins ou chirurgiens des hôpitaux, et l'on a proposé de revenir à la réinvestiture quinquennale qui existait avant 1849. De l'aveu même de ceux qui ont incriminé le corps médico-chirurgical des hôpitaux, les cas dont il s'agit sont exceptionnels, et c'est avec raison, croyons-nous, qu'on continuera de s'en rapporter à l'initiative et au zèle d'hommes dont le dévouement aux malades n'a d'égal que leur savoir consacré par les luttes scientifiques.

— Nous avons vu plus haut que le Conseil supérieur de l'Assistance publique a eu déjà l'occasion de s'occuper de la législation relative aux aliénés. Dans la plupart des travaux et des débats auxquels a donné lieu la revision de la loi de 1838, on s'est surtout occupé, tout en traitant les aliénés comme des malades, de protéger la Société contre les attentats dont ils peuvent être les coupables irresponsables ; on s'est moins inquiété de les protéger eux-mêmes contre les condamnations judiciaires auxquelles ces actes les exposent. Dans une note communiquée au Congrès de médecine mentale tenu, l'an dernier, à Clermont-Ferrand, M. Henri Monod a abordé cet important sujet et fait connaître les résultats d'une enquête qu'il a poursuivie dans tous les asiles publics d'aliénés de France. Il a relevé 271 cas, dont il expose dans un tableau les traits principaux, qui comprennent une période de cinq années (1886-1890) et dans lesquels des aliénés, recueillis après condamnation dans un asile, auraient échappé à cette condamnation et à ses conséquences s'ils eussent été l'objet d'une expertise médico-légale préalable. Comme son enquête a été incomplète, M. Monod n'estime pas à moins de sept cents, pour la période quinquennale dont il s'agit, c'est-à-dire 140 par an, le nombre d'aliénés auxquels cette expertise médico-légale eût épargné une condamnation. Voilà certes une question qui mérite de fixer l'attention ; portée par M. Monod devant le Conseil supérieur de l'Assistance publique, avec tous les éléments de l'enquête dont il a été parlé, elle sera l'objet d'une très prochaine délibération du Conseil.

II. Les questions d'assistance et celles d'hygiène publique, qui en sont inséparables, préoccupent les esprits dans tous les pays comme en France, et il n'est pas sans intérêt pour nous de savoir ce qu'on a fait ailleurs et les résultats qu'on a obtenus : l'expérience des autres ne peut que nous être profitable. C'est la pensée qui inspire les différentes missions confiées par le gouvernement à des hommes d'étude et de bon vouloir. Notre collaborateur, M. Delvaille, est un de ces hommes. Les lecteurs de la *Gazette Médicale* n'ont pas oublié la mission dont il a été chargé par le ministre de l'intérieur, en 1892, pour aller étudier en Espagne l'hygiène et l'assistance publiques d'un côté, l'hygiène scolaire de l'autre. Pareille mission lui a été confiée pour la Belgique et la Hollande et notre confrère a publié, sur les institutions d'assistance et d'hygiène de ces deux pays, un volume dont M. Grancher a écrit la préface.

Voulant avant tout faire une œuvre aussi complète que possible, par conséquent vraiment utile, M. Delvaille avait pris soin d'envoyer à l'avance aux municipalités belges et hollandaises plusieurs questionnaires, ce qui non seulement lui a facilité sa tâche, mais lui a permis de recueillir des documents que, dans un voyage somme toute rapide, il lui eût été personnellement impossible de se procurer. Il a pu faire ainsi marcher de front, en Belgique et en Hollande, les recherches relatives à l'assistance et à l'hygiène publiques et à l'hygiène scolaire, objet de prédilection des études de notre confrère.

Un travail comme celui de M. Delvaille ne s'analyse pas. C'est avant tout un recueil de renseignements et de documents qu'on est heureux de pouvoir consulter. Les membres du Conseil supérieur d'Assistance publique ne s'en priveront certainement pas quand ils auront un rapport à rédiger sur l'une des nombreuses questions soumises à leur examen.

Certes, tout n'est pas à imiter chez nos voisins, mais que de bonnes choses, que d'utiles institutions dont ils nous offrent l'exemple ! C'est ainsi que, pour ce qui concerne l'assistance aux ouvriers, la législation belge s'est jointe à l'initiative privée pour encourager l'épargne, constituer des caisses de retraites et de secours en cas de maladies ou d'accidents, installer des maisons ouvrières, etc. C'est ainsi encore que, pour l'assistance aux enfants, on fera bien de méditer les résultats obtenus à l'Orphelinat de Gand depuis 1864, époque à laquelle M. Verstraete en a pris la direction. De son côté, la Hollande nous montre ce que, en fait d'assistance, peut l'initiative privée, si peu encouragée en France où l'on a l'habitude de tout demander à l'Etat.

Nous n'insisterons pas davantage sur l'intérêt de la mission de M. Delvaille et nous joignons avec plaisir nos félicitations à celles de M. Grancher sur la manière dont il a su la remplir.

D[r] F. DE RANSE.

A L'ÉTRANGER

ALLEMAGNE

Le débat sur le traitement antitoxique à la Société médicale de Berlin.

Le débat sur le traitement antitoxique, qui vient d'avoir lieu à la Société médicale de Berlin, a été, sans aucun doute, un événement intéressant par son caractère d'actualité et par la distinction scientifique des grands savants qui y ont pris part.

La communication, faite par le professeur Behring au Congrès de l'Association allemande qui se tient à Vienne, et qui fut aussitôt

télégraphié dans l'Allemagne entière, excita l'opinion publique à un degré seulement comparable à la curiosité, suscitée autrefois par la publication des résultats du professeur Koch avec la tuberculine.

Partout où un enfant était atteint de diphtérie, les parents contraignaient le médecin à user du nouveau remède dont ils avaient eu connaissance par les journaux. Mais l'attention publique fut encore éveillée par un article que publia le professeur Behring dans un journal politique très répandu *Die Zukunft* et dans lequel article il attaquait très sévèrement le professeur Virchow. Le professeur Behring déclarait, en effet, que la doctrine pathologique de Virchow était surannée et préjudiciable aux progrès futurs des sciences médicales. Virchow, insinuait-il, ne considère pas une maladie comme une entité distincte, due à une cause spécifique et devant être traitée par un remède spécifique. Mais il considère une maladie comme une conglomération de symptômes que l'on doit traiter chacun séparément. Il va sans dire que l'on ne manque pas de s'étonner dans le monde médical de voir le professeur Behring entamer une discussion dans un journal politique. Aussi, quelques semaines après la publication de cet article, lorqu'un assistant du professeur Virchow, le docteur Hansemann, annonça qu'il lirait une note sur l'antitoxine, à la « Berliner medicinische Gesellschaft », chacun pensa que cette note serait une réponse aux attaques du professeur Behring, et les galeries de la salle des séances furent, ce jour-là, pleines de monde.

Le Dr Hansemann critiqua d'abord l'importance du bacille de Lœffler. Il mentionna que l'on n'avait pas encore prouvé que le bacille fût la seule cause cliniquement reconnue de la diphtérie. Dans beaucoup de cas, dit-il, le bacille de Lœffler manque dans la majorité des cas, on le rencontre dans d'autres bacilles. Finalement, il a été reconnu dans certaines maladies, telles que la rhinite fibrineuse, maladies qui n'étaient cependant pas à confondre avec la diphtérie. Même chez des gens bien portants, sa présence avait été démontrée. Quant à l'antitoxine, M. le Dr Hansemann fit remarquer que personne ne l'avait encore vue. Nous savons seulement que les animaux peuvent être immunisés par des cultures affaiblies du bacille de Lœffler, et que le sang de ces animaux peut guérir d'autres animaux atteints de la maladie qu'engendre ce bacille. D'après le Dr Hansemann, le professeur Behring avait commis l'erreur de transporter chez l'homme les résultats obtenus avec les animaux, et de proclamer que son remède était préventif, curatif et sans danger. Or, tous les praticiens savent que, dans une famille, il arrive très souvent qu'un enfant soit atteint de diphtérie et que les autres en soient indemnes. De là, il est impossible de dire si l'immunité a été conférée ou non par l'antitoxine. D'autre part, beaucoup de cas ont été rapportés où les malades avaient contracté la diphtérie, bien qu'ils eussent reçu, de très bonne heure, des injections d'antitoxine. Les effets réparateurs de l'antitoxine étaient donc très douteux, d'après le Dr Hansemann, pour les raisons suivantes : la diminution de la mortalité dans quelques-uns des hôpitaux pouvait avoir été attribuée à une gravité moindre de l'épidémie diphtérique ; la présence du bacille de Lœffler étant considérée comme suffisante pour établir le diagnostic, beaucoup de cas, autrefois reconnus comme de simples amygdalites et guéris sans traitement, avaient été classés aujourd'hui à côté de la diphtérie ; il fallait dire enfin que les cas où les sujets morts malgré des injections prématurées étaient loin d'être rares. Tout le monde s'accorde à dire, ajouta l'orateur, que les cas de diphtérie septique restent sans espoir de guérison, et l'on ne saurait, en dernière analyse, considérer le remède antitoxique comme inoffensif, puisque l'on a vu quelques symptômes graves se produire à la suite des injections.

La discussion qui suivit la lecture de la communication du Dr Hansemann ne dura pas moins de trois séances. Le professeur Bergmann, qui prit la parole après le Dr Hansemann, déclara qu'il était satisfait des résultats obtenus par le traitement antitoxique, quoiqu'il l'eût commencé, tout d'abord, avec un septicisme bien naturel à la suite de ses expériences malheureuses sur la tuberculine et la tétanine. Il ne doutait nullement que le bacille de Lœffler, trouvé par lui 450 fois sur 470 cas, fût la cause de la diphtérie. Le professeur Virchow se leva ensuite et défendit avec chaleur la nouvelle méthode. On en fut surpris, tout d'abord, parce que l'on croyait, en général, et cela se conçoit, que la déclaration du Dr Hansemann, sur le travail du professeur Behring, avait été plus ou moins commanditée par le professeur Virchow. Ce dernier donc, bien qu'il n'admit pas les conceptions théoriques sur la spécificité du bacille de Lœffler, attira spécialement l'attention de la Société sur ce fait que la mortalité à l'hôpital *Friedrich* diminuait depuis que l'on faisait usage du nouveau remède. Chaque fois que l'approvisionnement d'antitoxine manquait, la mortalité augmentait jusqu'à ce que l'on pût s'en procurer une nouvelle quantité.

De son côté, le professeur Hahn affirma qu'il n'avait pu voir aucune différence entre la mortalité des malades qui avaient reçu des injections et la mortalité de ceux qui n'en avaient pas reçu. Mais il eut soin de faire une réserve prudente en disant que l'hôpital auquel il était attaché était situé dans un quartier pauvre et que les enfants y étaient conduits trop tard pour pouvoir être traités avec succès. Le Dr Baginski, d'autre part, dit qu'il avait des statistiques très satisfaisantes. Quant au professeur Liebrich, le pharmacologiste de l'Université qui est connu par son opposition à la bactériologie en général, et aux antitoxines en particulier, il engagea la Société à essayer des injections de sérum pur, sans cultures de bacille, méthode qu'il considérait comme devant être suivie de succès. Le Dr Aronson, enfin, avança que, dans beaucoup de cas où la méthode avait fait défaut, l'antitoxine avait dû être injectée en trop faible quantité.

Au total, de ce long débat la conclusion générale était que le moment de se prononcer définitivement sur cette importante question n'était pas encore venu, et que l'on ne pouvait prouver, d'une manière irréfutable si l'abaissement de la mortalité était dû au nouveau traitement, ou bien au caractère plus bénin de l'épidémie de cette année. Mais tout le monde admit que les complications reprochées par le Dr Hansemann au traitement antitoxique n'étaient d'aucune gravité, et qu'aucun malade n'avait subi de dommages à la suite des injections. Il fut, enfin, généralement remarqué que ni les assistants du professeur Koch, ni ceux du professeur Behring, ne prirent la parole dans ce long débat.

AMÉRIQUE

Extirpation du ganglion de Gasser.

Richardson et **Watton** (*Boston Med. and Surg. Journ.*, nov. 1894) rapportent un cas d'extirpation du ganglion de Gasser qui a été suivi d'un plein succès. Il s'agit d'une femme âgée de 63 ans qui souffrit pendant quinze ans d'une douloureuse névralgie faciale. En 1891, Richardson fit, à leur trou de sortie du crâne, la section de la seconde et de la troisième branches de division du nerf trijumeau. La malade se vit immédiatement débarrassée de ses douleurs et cette amélioration se continua pendant huit mois. A ce moment-là, le spasme et les souffrances étaient revenues plus insupportables que jamais. Le ganglion de Gasser, auquel on n'avait pas touché lors de la première opération, fut alors enlevé selon la méthode latérale ou procédé de Krause-Hartley. L'opération ne se fit pas sans difficultés, surtout à cause des hémorrhagies à la fois artérielle et veineuse que l'on ne put arrêter que grâce à un tamponnement temporaire, fait avec de la gaze. La dure-mère était si mince qu'elle se déchira en lambeaux quand elle fut séparée de l'os, dans l'étage moyen du crâne. La malade guérit. On enleva les fils le sixième jour après l'opération, il y avait une réunion par première intention parfaite. Deux semaines plus tard, il y avait de l'engourdissement dans le territoire des

branches du trijumeau qui vont à la région frontale et à la conjonctive.

Il y avait un léger trouble de la cornée du côté gauche, mais ce trouble existait déjà avant l'opération. Les vaisseaux de la conjonctive de l'œil gauche étaient, de plus, légèrement injectés. Enfin, la malade n'a pas souffert depuis l'opération.

Donc, MM. Richardson et Watton établissent que les opérations, pratiquées sur la périphérie du nerf trijumeau dans les cas de névralgie faciale, sont presque toutes invariablement suivies du retour des douleurs. Dans beaucoup de cas, où la section des branches nerveuses a pu être faite plus profondément, les douleurs n'ont pas réapparu, ou, du moins, leur réapparition a pu être aussitôt arrêtée par les traitements médicaux. Dans d'autres cas, au contraire, la névralgie est revenue avec sa violence première. C'est dans ces derniers cas que l'extirpation du ganglion de Gasser demeure comme la dernière ressource à laquelle on puisse avoir recours. En considération des résultats que cette opération eût pu donner tout d'abord, les auteurs montrent que l'extirpation du ganglion de Gasser n'a pas encore eu le temps de prouver des résultats certains. Toutefois, les résultats qu'elle a donnés jusqu'ici sont suffisants pour apporter des promesses plus brillantes que les autres tentatives. Et si elle montrait, dès maintenant, qu'elle ne vaudra pas mieux, il va de soi que le meilleur traitement serait d'avoir successivement recours aux méthodes extra-crâniennes, périphériques et profondes. Jusqu'ici, la mortalité dans les cas d'extirpation du ganglion de Gasser a été de 6 morts sur 40 cas. On n'a pas encore signalé de retour de la névralgie après cette opération. On a seulement signalé quelques troubles de la vue; dans un seul cas, on a signalé la perte absolue de l'œil.

Une considération des objections faites par Rose à la méthode latérale de Horsley montre que la difficulté de l'opération et le danger de l'hémorrhagie se rencontrent dans l'opération pratiquée par le premier chirurgien aussi bien que dans la méthode latérale. L'ablation de l'os et l'éclaidissement qui s'ensuit sont des objections de peu de valeur, comparées à la violence des symptômes pour lesquels l'opération est entreprise. Le danger d'une double ouverture de la dure-mère, dans le procédé de Horsley, faite avec toutes les rigueurs de l'antisepsie dans un beau champ opératoire, semblerait être contrebalancée, d'autre part, par les dangers qu'il y a d'aller curetter le ganglion et de l'extraire par pièces, dans une région très mal éclairée et remplie d'organes vitaux importants. Les dégâts occasionnés dans le cerveau ne peuvent pas s'étendre au delà des centres du langage; or, l'expérience n'a-t-elle pas démontré que ces centres pouvaient être soumis à une forte pression, ou même être lacérés, et, cependant, ne conserver de ces lésions que des troubles temporaires de leur fonction. Dans les deux manières d'opérer, il est possible de léser la carotide interne. On doit cependant la léser moins souvent dans l'opération latérale, parce que l'on voit mieux le champ opératoire. Il convient, enfin, de mentionner dans l'opération latérale les avantages suivants: la mobilité de la mâchoire est conservée; il est inutile d'enlever le zygoma; le ganglion peut être parfaitement exposé et extirpé avec ses racines; le danger si grand de léser les importants organes du voisinage est considérablement diminué.

ANGLETERRE

Cyclisme et maladies du cœur.

On se rappelle la communication faite à l'Académie de médecine, au mois de septembre dernier, par le Dr L.-H. Petit, sur les dangers de la vélocipédie. On se rappelle également (Voir *Gazette Médicale*, du 29 septembre 1894, n° 39, p. 464) la discussion à laquelle cette communication donna lieu.

A la Société médicale de Londres, le Dr Benjamin Ward Richardson vient d'appeler, de nouveau, l'attention sur cette question (Voir *the Lancet*, 19 janvier 1895, p. 153).

Il apporte, en cycliste qui a pour lui l'expérience de seize années, le résultat de ses observations. Sa communication a été divisée en les différents chapitres que voici: *a*) effets immédiats de l'exercice de la bicyclette sur le coureur; *b*) résultats observés ensuite dans son cabinet de consultation surtout au point de vue du cœur et de l'appareil circulatoire; *c*) aperçu des considérations médicales les plus saillantes. Quant au premier point, M. Richardson est d'avis que le cyclisme diffère des autres exercices par son action cardiaque directe, pour ainsi dire primitive. Chez tous les vélocipédistes de tout âge, le cyclisme a pour effet primordial d'accélérer les mouvements du cœur, mais cette accélération peut passer inaperçue dans l'esprit des vélocipédistes. L'effort produit par eux peut prélever les battements du pouls jusqu'à 200 pulsations par minute. Puis, au bout d'un certain temps, le nombre des pulsations s'abaisse, tout en restant, néanmoins, au-dessus de la normale pendant toute la durée de la course. Il faut voir, dans cette accélération de la circulation, l'explication de la résistance que peuvent opposer à la fatigue et à la privation de sommeil les cyclistes parfaitement entraînés, s'ils sont tout à fait en forme. L'orateur n'a jamais vu un sportman obligé de descendre de machine parce qu'il était essoufflé, surmené, ou parce qu'il avait des vertiges et des douleurs précordiales. Il connaît, au contraire, un professionnel qui gravit de fortes collines sur sa bicyclette, mais qui ne peut monter les marches d'un escalier sans éprouver de la dyspnée et des palpitations. Il n'a, enfin, jamais vu de cas de mort subite en bicyclette.

Voilà ce que M. Richardson a voulu dire sur les effets immédiats produits sur la bicyclette. Venant ensuite aux faits dont il a été témoin, dans sa clientèle, et qui sont comme la marque des effets éloignés produits par la bicyclette, il dit qu'il a vu des exemples d'affections cardiaques qui s'étaient très certainement développées à la suite de ce genre d'exercice, et, pour ces malades il était impossible de soutenir la fatigue au moindre nouvel essai de cyclisme. D'autre part, il connaît un octogénaire qui s'est fort bien trouvé d'une pratique modérée de la bicyclette, surtout quant à son appareil circulatoire, et qui a fait en un jour le trajet de Londres à Bedford. La bicyclette a produit d'excellents résultats, même dans certaines affections de l'appareil circulatoire, telles que les varices, la dégénérescence graisseuse et l'anémie.

En troisième lieu, M. Richardson résume ainsi les considérations médicales qu'il a déduites de tous ces faits:

a) Chez le sujet sain, il faut autoriser et même recommander l'usage modéré de la bicyclette.

b) Il n'est pas nécessaire d'exclure la bicyclette dans tous les cas de maladie du cœur. Il y a des cas où le cœur est affaibli, où l'on a des signes certains de la dégénérescence graisseuse, pour lesquels la bicyclette est d'autant plus utile que son action s'exerce en général sur la fibre musculaire et plus directement sur le cœur.

c) Il est curieux de voir que par cette action spéciale sur le cœur, dont elle augmente les mouvements, la bicyclette arrive à compenser très suffisamment le travail qu'elle nécessite pour elle-même.

d) L'abus de la bicyclette tend fatalement à augmenter les dimensions du cœur, à le rendre irritable et très sensible au moindre mouvement, puisque c'est un stimulant pour le cœur.

e) L'hypertrophie du cœur, sous l'influence de cet abus, entraîne à son tour un fort battement des artères, dont elle atteint la structure; elle modifie la pression sanguine et favorise la dégénérescence des organes.

f) Fait à noter, les personnes nerveuses, névropathes, qui sont continuellement sous la crainte des accidents, quand elles sont à bicyclette, au milieu de la foule et des rues, sont spécialement sujettes aux troubles cardiaques et aux palpitations de cœur, et il importe au médecin de les en avertir préventivement.

g) Quand un malade vient consulter au sujet de la bicyclette, il importe de considérer l'état de sa circulation périphérique plutôt

que l'état de sa circulation centrale. La dégénérescence des artères peut être plus à craindre que la faiblesse du cœur, surtout quand de telles artères sont conjointement sous la dépendance d'un cœur surmené. La même remarque doit s'appliquer aux cas où il se présente une lésion artérielle locale, telle qu'un anévrysme.

h) Les varices semblent plutôt bénéficier de l'exercice de la bicyclette. Il en est de même pour tous les cas de ralentissement de la circulation veineuse du sang.

i) Il y a enfin trois choses qui sont surtout nuisibles dans le cyclisme : c'est d'abord de s'exténuer à monter les côtes et à lutter contre le vent; ensuite, d'aller jusqu'à la fatigue extrême ; enfin, de ne pas se contraindre, pour le cycliste, à éviter l'usage des boissons alcooliques et à ne manger que des mets judicieusement choisis dans des repas légers et fréquents.

Mais, toutefois, M. Richardson ne se croit pas encore assez compétent pour se prononcer, d'une manière définitive, sur la question de savoir si la bicyclette doit, oui ou non, être recommandée aux individus atteints de lésions valvulaires du cœur. Il laisse aux malades, pour le moment, la responsabilité de cette décision.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 6 février. — Présidence de M. Théophile Anger.

Traitement des plaies pénétrantes de l'abdomen.

La discussion sur le traitement des plaies pénétrantes de l'abdomen a continué et pris fin, tout porte à le croire, dans la séance de mercredi dernier. M. Berger, reprenant au profit de sa thèse l'observation rapportée par M. Nélaton, est venu répéter qu'il fallait intervenir dès que se montrait un symptôme, si léger qu'il fût, de plaie viscérale. M. L. Championnière a plaidé la cause des grandes incisions pariétales et M. Schwartz a conté une histoire clinique bien propre à montrer les énormes difficultés qu'on rencontre en pratique dans le jugement à porter sur les indications thérapeutiques fournies par les plaies pénétrantes de l'abdomen. Puis M. Chaput a défendu ses premières conclusions dans une réponse très précise, très nette et très sincère, dont la forme a paru cependant un peu agressive et dont les termes assez vifs ont peut-être semblé, à plusieurs reprises, dépasser un peu la mesure. Il n'est pas d'opinion si ferme et si justifiée qu'elle ne puisse s'accommoder d'une bienveillante critique pour celle des autres et, à cet égard, mon ami Chaput — je le lui ai déjà dit — s'est peut-être laissé entrainer, dans sa réponse à MM. Berger et Kirmisson, aux réparties d'une polémique un peu vive dont il est facile, du reste, de trouver la raison dans la sincérité de ses travaux et l'ardeur de ses convictions.

M. Berger. — Dans la dernière séance, M. Nélaton a rapporté, en faveur de l'intervention hâtive dans les plaies pénétrantes abdominales, l'observation suivante : Plaie pénétrante de l'abdomen. Absence d'accidents. Laparotomie. On ne découvre rien sur les viscères. Suture. Guérison. Voilà bien, au contraire, qui plaide en faveur de l'expectation. En règle, en effet, nous savons que presque toujours une plaie pénétrante intéresse un viscère. Or, le fait de M. Nélaton prouve qu'il y a des exceptions à cette loi. Ainsi donc, non seulement il existe des plaies viscérales qui ne sont suivies d'aucun accident grave, mais il est encore des plaies pénétrantes abdominales qui n'intéressent pas l'appareil viscéral. Je le répète : je ne suis pas un abstentionniste; je crois, au contraire, qu'il faut agir vite, mais je dis que, pour agir, il faut avoir une raison, et cette raison on la trouvera toujours, si on cherche bien, dans un symptôme quelconque, si léger qu'il soit. A mon avis, dans toute plaie abdominale qui intéresse un viscère, il y a quelque phénomène clinique qui soulève un doute, une crainte, dans l'esprit du chirurgien. Et c'est ce doute, c'est cette crainte qui doivent nous faire prendre le bistouri. Mais vraiment, quand il n'y a pas le plus petit signe, je pense qu'il faut attendre.

M. Lucas Championnière. — Je veux appuyer les idées de MM. Chaput et Nélaton. Si l'on veut être interventionniste, c'est par grandes incisions qu'il faut procéder. L'intestin n'est gênant et ne fait hernie que si l'on fait des laparotomies trop parcimonieuses.

M. Schwartz. — Il est des cas vraiment bien difficiles. Voici un exemple. Un homme est apporté l'autre jour dans mon service. Il venait de recevoir dans le ventre une balle de revolver de petit calibre. Il n'y avait aucun symptôme péritonéal; l'exploration de la plaie ne m'apprenait pas qu'elle fût pénétrante ; je décidai l'abstention. Pendant quarante-huit heures tout alla bien : ni ballonnement, ni nausées, ni douleur, ni fièvre, ni collapsus. Apparait alors une zône de sonorité au niveau du foie; mais devant l'excellent état général, j'attends encore. Or, pendant la journée, voilà que des signes graves se montrent. J'opère alors : je trouve deux perforations du grêle et quatre plaies du côlon. C'était trop tard ; le malade meurt rapidement. Je conclus donc que dans le doute il ne faut pas s'abstenir. Mais, par malheur, dans quelques cas comme dans celui dont je viens de parler, le doute ne peut même pas exister. En ce qui me concerne, j'étais persuadé qu'il n'existait pas de plaie viscérale.

M. Chaput. — M. Berger se défend d'être abstentionniste et affirme qu'en pratique sa conduite est identique à la mienne. Je n'ai point discuté pour savoir si M. Berger était ou non abstentionniste ; j'ai simplement dit qu'en l'absence de tout symptôme (comme chez le malade de M. Rochard), M. Berger n'aurait pas opéré, et c'est clairement ce qui ressort de la lecture du travail qu'il a lu devant le Congrès de Chirurgie de 1891 et dans lequel il dit qu'il faut s'abstenir, même si la pénétration est évidente, quand il n'existe pas d'accidents. Pour M. Berger, voici quels signes commandent l'intervention : sensibilité du ventre, matité, bruit hydroaérique, fréquence du pouls et de la respiration, anxiété. Or, rien de tout cela n'existait chez le malade de M. Rochard. Donc, M. Berger se serait abstenu.

M. Berger pense qu'en pratique nous sommes bien près de tenir une conduite identique et, à cet égard, il cite une observation de plaie pénétrante de la région stomacale, pour laquelle il n'est point intervenu et pour laquelle il affirme que j'aurais tenu la même conduite. Je proteste contre cette allégation. Il ressort, au contraire, de mon rapport, que j'aurais opéré, car, à part les cas où l'on trouve la balle sous la peau et de ceux où il y a une plaie en sétou, je crois qu'il faut explorer et agir.

M. Berger dit que la laparotomie est, dans ces cas, une opération facile, à la portée de tous nos élèves. Ce n'est pas mon avis. Il faut de bons aides, une instrumentation riche, un local bien disposé. Il n'est pas prudent de parler comme parle M. Berger; cela risque de donner trop de confiance à des médecins inexpérimentés. Sans doute, mon contradicteur simplifie beaucoup l'opération en remplaçant la résection intestinale par l'établissement d'un anus contre nature; mais cela est une mauvaise méthode quand il s'agit d'une anse trop élevée, et lorsque plusieurs résections s'imposent. Enfin, elle ne permet pas le drainage péritonéal qui est quelquefois nécessaire.

M. Kirmisson prétend que l'éventration n'est pas plus à craindre dans la laparotomie latérale que dans la laparotomie médiane : ce n'est ni mon avis ni celui de MM. Terrier, Bouilly, Pozzy.

M. Kirmisson blâme aussi la longueur de l'incision que j'ai proposée. Or, je le répète, la rentrée des anses intestinales est bien plus facile quand l'incision est grande. Au reste, je n'ai proposé d'inciser sur une si vaste étendue que dans les cas de plaie artérielle et d'abondant épanchement stercoral.

M. Kirmisson pense que le dévidement intestinal est inutile ; je le renvoie, à cet égard, à l'observation de M. Delorme qui, pour

n'avoir pas dévidé l'intestin, a laissé passer inaperçues deux plaies du grêle.

M. Reclus pense que le bouchon muqueux est peu septique et ne détermine que des accidents de péritonite localisée. Cela n'est pas toujours vrai. Nous savons bien, par les bactériologistes, qu'on peut, avec une seringue, inoculer dans le péritoine des doses relativement énormes de microbes pathogènes, mais nous savons aussi par Grawitz, que les plaies du péritoine, quand il y a des caillots et des surfaces anfractueuses favorisent la pullulation des germes.

M. Reclus me blâme d'avoir rendu les statistiques par trop favorables en éliminant les cas graves et les fautes opératoires. Mais il le fallait, d'abord parce que j'entendais limiter la discussion aux cas raisonnablement opérables et, ensuite, parce que la laparotomie ne doit pas être rendue responsable des fautes du chirurgien. Du reste, il est bon de montrer que ces fautes existent et que l'opération, pour être bonne, nécessite un chirurgien expérimenté, rompu à la chirurgie et à la médecine opératoire expérimentale de l'intestin. Au reste, je n'entends point discuter avec M. Reclus, puisqu'il nous a avoué avec une grande bonne foi être devenu, lui aussi, interventionniste.

Je remercie MM. Nélaton, Schwartz et Championnière d'avoir défendu mes opinions.

Manuel opératoire de la gastrostomie.

M. Picqué. — J'ai défendu devant vous, il y a quelque temps, la gastrostomie exécutée d'après le procédé de Franck (de Vienne). Je dois aujourd'hui revenir sur ma première opinion. J'ai entre les mains une observation de M. Monnier qui a dû mettre une heure un quart pour exécuter cette opération; à moi-même, elle a demandé plus d'une demi-heure. Vraiment, c'est là un procédé bien inférieur à la gastrostomie classique en deux temps. Celle-ci est rapidement exécutée, ce qui est une condition fondamentale de succès, puisque l'intervention s'adresse à des malades en dénutrition. On lui fait le reproche que quelquefois, dans le second temps opératoire, l'estomac est difficile à retrouver et qu'on a souvent de la peine à fendre la paroi et à entrer dans la cavité. En plaçant dans cette paroi, comme MM. Berger et Périer, un fil de repère, on évite facilement cet écueil.

M. Segond. — Je n'ai jamais dit qu'il fût très difficile, dans la gastrostomie en deux temps, de retrouver la paroi stomacale; j'ai seulement dit que cela était plus difficile que dans l'opération en un seul temps et cela, je crois, saute aux yeux. Au reste, étant donné le genre de malades auxquels on s'adresse, je crois que cette gastrostomie en un temps est meilleure et remplit mieux les indications fondamentales : nourrir de suite un affamé.

M. Reclus. — Je suis, en règle générale, partisan des opérations en deux temps. Mais les raisons qu'on peut invoquer en leur faveur pour l'intestin, quand on fait un anus contre nature, n'existent pas ici. Si la suture est bien faite, il n'y a point à craindre l'inoculation du péritoine. Je pense donc que la gastrostomie extemporanée est meilleure, et d'autant meilleure qu'il y a, d'habitude, urgence à agir vite.

M. Routier. — Je comprends que M. Picqué abandonne l'opération de Franck. Une heure un quart! Autant que pour une résection du genou. Une gastrostomie doit se faire en dix minutes. Pour moi, quatre points de suture sont suffisants.

M. Schwartz. — Ne confondons pas. Voici un malade robuste, qui n'est pas en dénutrition; rien ne presse : gastrostomie en deux temps. Voici maintenant un malade amaigri, affamé; il ne faut pas perdre de temps : gastrostomie en un temps.

M. Monod. — Parfaitement. Cette distinction s'impose.

M. Michaux. — Voici qui plaide contre la gastrostomie en deux temps. Huit jours après une gastropexie, un de mes malades, à la suite d'efforts, a eu une grosse hernie de l'estomac non encore ouvert.

M. Monod. — Qu'est-ce que cela prouve? Si l'estomac avait été ouvert, votre malade aurait eu la même hernie; il aurait évacué le contenu stomacal en dehors du péritoine ou dans le péritoine, voilà tout. Dans l'espèce, il y avait donc intérêt pour lui à n'avoir pas encore de fistule gastrique.

Pierre Sebileau.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 5 février.

Mécanisme des divers procédés de rappel de la respiration.

M. Laborde étudie le mode d'action des divers procédés de rappel de la respiration.

L'insufflation de bouche à bouche agit, non par la quantité de l'air introduit dans le larynx, mais par l'excitation de la muqueuse du pharynx et du larynx, excitation qui suffit à ramener, momentanément du moins, le réflexe respiratoire. De plus, le procédé est nocif, puisque nous insufflons l'air que nous expirons, c'est-à-dire de l'air impur.

L'insufflation à l'aide du tube laryngien agit d'abord en dilatant le thorax et en rétablissant les mouvements de la respiration, mais surtout par la présence du tube dans le larynx ; si bien que, chez les animaux en état de mort apparente, la seule introduction du tube dans le larynx est suivie de la réapparition des mouvements respiratoires.

Quant aux procédés d'excitation plus ou moins directe employés (flagellations, pressions thoraciques, etc.), ils ont tous pour but de provoquer le réflexe respiratoire par l'excitation périphérique. L'excitation directe, produite dans la méthode des tractions rythmées, doit être plus efficace à tous les points de vue; son action est plus directe et plus intensive. Elle est donc supérieure à tous les autres procédés et surtout à l'insufflation de bouche à bouche.

M. Galezowski lit un travail dans lequel il établit que les affections oculaires prédominantes en Perse sont : le glaucome, les altérations athéromateuses des artères rétiniennes, les granulations conjonctivales et enfin les rétrécissements des voies lacrymales.

J. P.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 1er février.

M. Rendu, à propos de la lecture du rapport de la dernière séance, communique une lettre de M. Thoinot, à l'occasion de la note présentée par MM. Œttinger et Marinesco sur les myélites aiguës consécutives à la variole. Dans leur travail, contrairement aux affirmations de M. Œttinger, MM Thoinot et Masselin disent avoir vu, dans la moelle, du coli-bacille et du streptocoque. L'agent pathogène, disent-ils, se fixe, en effet, dans la moelle, subit là son évolution en même temps que cet organe est son dernier refuge.

D'autre part, M. Hobbs confirme, dans une lettre, ce qu'avaient dit MM. Œttinger et Marinesco, et rappelle qu'il a trouvé, en collaboration avec M. Auché, du streptocoque dans les mailles de la pie-mère médullaire chez un individu mort de myélite post-variolique

Enfin, M. Rendu lit une lettre de M. Millard qui annonce à la Société que les changements de services ne se feront que le 1er mai, et qu'une commission doit être nommée par elle en vue des modifications à apporter au concours de l'internat..

La nomination de cette commission est remise à la prochaine séance.

De la sérothérapie et de l'intubation dans la diphtérie.

M. Lebreton. — Au nom de M. Magdelaine et au mien, j'apporte à la Société les résultats du traitement sérothérapique de la diphtérie, aux Enfants-Malades, pendant les trois mois qui viennent de s'écouler. Déjà, à propos du travail de M. Moizard, je vous ai fait connaître les résultats obtenus par nous pendant les

mois d'octobre et de novembre. Aujourd'hui, ce sont des résultats complets que je vous présente et je les accompagne de quelques remarques personnelles sur la valeur de ce traitement.

Je dois dire, tout d'abord, que l'insuffisance des locaux mis à ma disposition, et à laquelle on est en train de remédier, ne m'a pas permis de faire un isolement sérieux et de mettre à part les diphtéries compliquées. Dans ces conditions, tout enfant entrant dans le pavillon recevait une injection de 10 ou 20 centimètres cubes de sérum. Cette injection était faite avant tout diagnostic bactériologique, et, le lendemain, si nous constations le bacille de Lœffler dans la gorge du malade, nous avions alors recours au traitement curatif. Sinon, l'injection était purement préventive et nous n'avons eu à déplorer aucun cas de contagion.

La dose de sérum employée pour chaque enfant a varié suivant les deux facteurs suivants: la gravité et la persistance de la maladie, l'énergie du sérum qui m'a semblé augmenter dans ces derniers temps. Au début, 50 à 60 centimètres cubes de sérum étaient nécessaires, actuellement, 10 ou 20 centimètres cubes sont suffisants.

Nous n'avons pas fait d'autre traitement local, sauf des lavages avec la liqueur de Labarraque, à 50 grammes par 1,000, ce qui n'a d'ailleurs aucune valeur thérapeutique. Je ne parle pas du traitement tonique ni du traitement des complications.

Sur 330 enfants entrés au pavillon, il y a eu 258 diphtéries, dont 31 décès, ce qui donne une mortalité de 12 0/0 Sur 31 décès, 8 se sont produits dans les 24 heures qui ont suivi l'entrée à l'hôpital; nous pouvons en faire abstraction, comme M. Moizard, puisque ces enfants n'ont pas eu le temps de subir le traitement nécessaire. Notre mortalité comprend donc 23 décès, soit une moyenne de 10, 8 0/0. Nous avons pratiqué 24 trachéotomies, dont 9 se sont terminées mortellement, soit une mortalité de 37.5 0/0. Nous avons fait 51 intubations chez les diphtériques. Nous reviendrons plus loin sur ce dernier traitement.

Ce chiffre est un des plus bas qu'on ait atteints; il est vrai que nous avons opéré à la fois pendant des mois d'automne et des mois d'hiver. Néanmoins, sur les 258 cas de diphtérie, nous avons rencontré 167 cas avec des associations microbiennes.

Nous avons constaté les mêmes accidents que M. Moizard. Des 1,200 injections de sérum que nous avons faites, aucune n'a produit d'accidents locaux. Je ne parle pas de la rougeur que l'on remarque quelquefois à la suite de quelques-unes de ces injections. Il n'y a eu qu'un cas de suppuration, d'ailleurs sans conséquence. Il ne pouvait être dû qu'à un manque d'asepsie des instruments ou à une altération du sérum.

Les autres accidents que nous avons observés peuvent être classés sous deux chefs: les éruptions et l'albuminurie. Les éruptions ont été variables selon les périodes et différentes comme durée et comme nature. Ces éruptions tenaient évidemment au sérum injecté, comme le prouve leur apparition chez des enfants non diphtériques. Nous en avons constaté 70 cas. Elles apparaissaient du 8e au 17e jour, rarement avant, rarement après. Elles s'accompagnaient de modifications de la température qui pouvait atteindre 39 et même 40°. Voici les formes que ces éruptions ont revêtues: 54 fois la forme ortiée; 12 fois elles étaient scarlatiniformes et 2 fois morbilliformes; 2 fois enfin elles avaient un caractère polymorphe avec des éléments en cocarde et des éléments ortiés surajoutés.

L'albuminurie a été d'une interprétation plus difficile. Quelquefois, elle pouvait être simplement diphtérique; mais, dans d'autres cas, elle coïncidait avec des éruptions. et chez des sujets non diphtériques. Il est incontestable qu'elle était alors provoquée par l'élimination des toxines. Nous avons eu 140 cas d'albuminurie; elle s'est montrée 83 fois à l'entrée du malade dans nos pavillons et 57 fois tardivement, à la fin de la maladie.

Les paralysies ont été rarement observées. D'ailleurs, vu l'efficacité du traitement, les enfants ont été vite rendus à leurs parents.

Au total, nous sommes partisans convaincus de l'emploi des injections de sérum. Toutefois, l'injection de sérum n'est pas inoffensive. Elle élève la température, elle altère le rein. Ces accidents peuvent être graves, quoique jamais, dans notre pavillon, ils ne se soient terminés par la mort. Aussi, croyons-nous qu'il ne faut pas user de l'injection préventive. Quelle conduite devra donc tenir le médecin vis-à-vis d'un diphtérique? De deux choses l'une: ou bien les accidents diphtériques sont incontestables et alors on aura recours à la sérothérapie, ou bien on verra des plaquettes isolées, sans albuminurie et sans adénopathie; dans ces cas, il faudra faire l'ensemencement et attendre. Jusqu'à ce que l'on ait le résultat bactériologique, on se bornera à laver la gorge avec des liquides non irritants, tels que du jus de citron.

La seconde partie de notre travail a trait à l'intubation. On sait que cette pratique, abandonnée pendant quelque temps, semble rencontrer de nouveaux défenseurs depuis la pratique de la sérothérapie. Au début, pour faire notre tubage, nous avions des instruments défectueux et nous opérions dans la salle commune. Plus tard, nous avons eu un local spécial et nous avons employé le tube d'Ermold, préalablement stérilisé dans l'eau bouillante; avant d'opérer, nous faisions de grands lavage de la bouche pour déterger les muqueuses.

Nous avons fait 60 intubations, mais 51 seulement étaient dirigées contre du croup et de la diphtérie vrais; les 9 autres malades ont été tubés pour des accidents laryngés: infiltration aryténo-épiglottique, etc. Sur les 51 tubages diphtéritiques, nous avons eu 14 décès et 37 guérisons. Sur les 14 décès, 7 ont eu lieu dans les vingt-quatre heures après l'entrée, chez des enfants atteints de complications pulmonaires. La moyenne des décès a été de 18. 7 0/0. 5 fois, nous avons dû faire suivre nos intubations de la trachéotomie, nécessitée par suite d'accidents asphyxiques.

Cette statistique tend à faire du tubage un traitement de choix. Mais c'est un procédé délicat et difficile qui nécessite, de la part du médecin, une surveillance constante et que l'on ne peut guère appliquer sérieusement qu'à l'hôpital. Les faits suivants en sont la preuve: 7 fois dans une statistique, le tube a été rejeté par la toux. Si l'on n'avait pas pratiqué une nouvelle intubation, la suffocation aurait pu emporter l'enfant. 2 fois le tube a été bouché par des mucosités desséchées; il est vrai qu'on peut éviter cet accident par l'emploi d'un pulvérisateur. 2 fois le tube a été bouché par des fausses membranes. Une fois enfin, l'enfant a coupé le fil conducteur avec ses dents. Tous ces faits prouvent bien que la présence continuelle du médecin auprès de l'enfant tubé est absolument indispensable.

Deux cas peuvent se présenter où le tubage l'emporte incontestablement sur la trachéotomie. La première de ces conditions est indiquée par l'âge de l'enfant. On sait, en effet, que la trachéotomie est défavorable chez les enfants au-dessous de deux ans. D'autre part, elle est contre-indiquée dans les cas de bronchite diphtérique. Par conséquent, dans ces deux ordres de faits, on aura plutôt recours à l'intubation.

Mais il ne faut pas négliger la trachéotomie; dans deux sortes de circonstances cette opération s'impose au médecin: quand l'enfant diphtérique est en état de mort apparente, seule la trachéotomie peut le rappeler à la vie. Dans l'intubation, en effet, le relèvement vital n'est pas aussi rapide, car l'enfant n'a pas la force d'expulser les fausses membranes qui obstruent le larynx. Deux fois cependant, le tubage *in extremis* m'a donné de bons résultats. D'autre part, c'est également à la trachéotomie qu'on s'adressera lorsque l'auscultation fera entendre dans la trachée et les grosses bronches le bruit de drapeau qui révèle l'existence de membranes flottantes prêtes à se détacher.

Il nous reste une question à étudier, c'est celle des accidents de l'intubation. L'introduction du tube est en général assez facile, mais il faut s'y prendre avec douceur. Nous n'avons eu qu'un cas d'hémorrhagie dont nous sommes facilement parvenus à nous rendre maîtres. Si le tube était par mégarde introduit dans l'œso-

phage, il faudrait le stériliser de nouveau. Combien de temps faut-il laisser le tube? La durée est variable. Elle varie entre 8 heures et 15 jours. En général, on le retire du troisième au cinquième jour, au moment où la température tombe et où l'on croit la perméabilité du larynx rétablie.

Quels sont les accidents que le tube peut occasionner dans le larynx? Il faut d'abord signaler ceux qui tiennent au fil. En effet, les enfants tirent le fil ou bien l'avalent. De plus, il peut être un agent conducteur des microorganismes. Il provoque de la toux, de la salivation et des troubles de déglutition. Aussi faut-il supprimer le fil, quand c'est possible, d'autant plus que nous avons vu le tube résister même à des quintes de coqueluche. Le tube lui-même peut être bouché par des fausses membranes ou par des mucosités desséchées. On évitera l'accident par l'emploi du pulvérisateur. D'autres accidents à craindre encore, ce sont des ulcérations du larynx, avec chondrite et périchondrite, et des altérations de la voix.

Restent les accidents de l'extraction. Le premier, c'est le dérapage de l'extracteur qui entraîne comme accident consécutif la déglutition du tube. Cet accident nous est arrivé une fois; il n'a pas été suivi de complications graves, le tube a été rendu dans les selles, mais cela ne prouve pas qu'il en soit toujours ainsi. Le troisième accident est très sérieux : c'est un accès de spasme glottique succédant à l'extraction et nécessitant un nouveau tubage sur le champ.

De toutes ces observations, il résulte que l'intubation offre des avantages multiples, mais qu'il ne faut point tout à fait rejeter à son profit la trachéotomie. Le tubage est une opération non sanglante, d'autant plus profitable aujourd'hui que le tube, grâce à la sérothérapie, a moins de temps à séjourner dans le larynx. Mais n'oublions pas que la trachéotomie est son auxiliaire indispensable et qu'elle devient même parfois le traitement de choix.

M. Chantemesse. — M. Lebreton, dans sa remarquable communication, a traité le point de vue thérapeutique et le point de vue prophylactique. Du premier je ne dirai rien. Quand au second, il a rejeté la sérothérapie comme moyen préventif, en raison des accidents qu'elle peut provoquer. Je ne partage pas l'avis de M. Lebreton. Et je crois que le tout se réduit à une question de dose. On peut, sans inconvénient, injecter un ou deux centimètres cubes de sérum antidiphtéritique, comme le prouve l'expérimentation. Elle prouve aussi que cette dose suffit pour empêcher l'éclosion des accidents diphtéritiques.

M. d'Heilly. — Je demanderai à M. Lebreton comment étaient nourris les enfants tubés? En 1883, à Trousseau, j'ai pratiqué des tubages chez des enfants diphtéritiques. Ces enfants ingéraient des aliments par les voies aériennes et ils mouraient de bronchopneumonies traumatiques.

M. Lebreton. — Nous avons donné à nos enfants des aliments liquides et semi-liquides : lait, biscuits avec du lait, etc. Il n'y a jamais eu d'autre accident qu'un peu de toux. D'ailleurs, le point important, c'est de retirer le fil; quand on le retire, rien ne se produit; quand on le laisse, on peut voir, comme je l'ai déjà dit, des troubles de déglutition. J. P.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 2 février.

Rapports entre le corps strié et le lobe frontal.

M. Marinesco. — Après destruction du lobe frontal chez le chien et le singe, on peut voir qu'il y a des communications entre ce lobe frontal et le corps strié, comme le prouvent les fibres dégénérées que présente alors le noyau caudé. Ces fibres sont, à notre avis, des fibres d'association, ce qui laisserait supposer que le lobe frontal et le corps strié sont capables d'agir synergiquement dans certaines conditions.

Lésions de l'intestin dans l'intoxication diphtérique expérimentale.

MM. Courmont et Doyon. — De fortes doses de toxine diphtérique tuent le chien en cinq heures. On trouve à l'autopsie de l'entérite pseudo-membraneuse. Ces pseudo-membranes sont gélatineuses, jaunâtres; elles s'enlèvent facilement, et laissent voir une muqueuse épaisse, œdématiée, infiltrée, rouge-foncé. Un enduit nacré très adhérent la recouvre, formé de cellules épithéliales en dégénérescence graisseuse, comme la substance gélatineuse. Il ne faut pas rapporter cette entérite aux microbes de l'intestin, car les lavages antiseptiques n'ont pas d'action sur elle.

Marche de la température dans l'intoxication diphtérique expérimentale.

MM. Courmont et Doyon. — La marche de la température dans les diphtéries expérimentales varie suivant les doses employées.

A petite dose, chez le chien, on détermine une hypothermie passagère, au bout de dix-huit heures, qui dure cinq à six jours. Le chien conserve des paralysies. A dose plus forte, l'hypothermie est plus marquée et s'accentue encore plus tard, et au bout d'un à trois jours, l'animal meurt avec 30° ou 25°. A une dose de 50 centimètres cubes, l'animal peut mourir avant que l'hypothermie se manifeste.

Donc la toxine diphtérique produit de l'hypothermie, qui apparaît après une durée d'incubation, dont la longueur augmente à mesure que la dose est plus faible. Cette hypothermie, toutefois, ne cause pas la mort de l'animal, puisque les animaux gardés dans une étuve de 40° meurent aussi rapidement que les autres.

Maladie kystique de la mamelle.

M. Gaudier (de Lille). — J'ai vu avec M. Surmont du staphylocoque blanc en culture pure dans le lait d'une femme atteinte de maladie noueuse de la mamelle. Cette culture a été injectée dans des mamelles de chiennes en lactation; deux jours plus tard, dans la glande mammaire, apparaissaient des amas embryonnaires disséminés, qui dans la suite se sont transformés en cavités kystiques.

On peut vraisemblablement en conclure que ces cavités sont la terminaison de la maladie noueuse.

M. Charrin. — Il y a parfois du staphylococcus albus dans le lait de nourrices saines, qui, dans bien des cas, est sans inconvénient pour les enfants.

M. Galippe. — De légères pressions sur le mamelon suffisent à provoquer des abcès pendant la sécrétion lactée des nouveaunés.

Théorie histologique du sommeil.

M. Mathias Duval émet une ingénieuse théorie du sommeil, basée sur l'histologie. On sait aujourd'hui que les terminaisons nerveuses du cerveau sont représentées par de petites arborisations ayant entre elles des rapports de *contiguité* et non de *continuité*. Ces arborisations peuvent donc se modifier comme les amibes dont elles doivent avoir les propriétés. Elles seront susceptibles de se rétracter ou de s'allonger. Il est permis de supposer que, dans le premier cas, leurs points de contact diminuent et, partant, leur sensibilité; que, dans le second cas, c'est le contraire qui arrive.

On peut donc imaginer que l'état de sommeil est représenté par une rétraction générale des arborisations nerveuses; la moindre excitation détermine soit un allongement de quelques-unes d'entre elles et provoquerait le demi-sommeil. La prolongation de cette excitation produirait, enfin, un contact plus complet des arborisations et amènerait l'état de veille. J. P.

66e Année. 9e Série. Tome II — N° 7 — 16 Février 1895

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : Dr F. de RANSE — *Rédacteur en chef :* Dr Pierre SEBILEAU
Secrétaire de la Rédaction : M. Em. EMERY

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 28, rue Vignon

TRAVAUX ORIGINAUX

A propos d'un cas de délire apyrétique survenu chez un convalescent de grippe.

Par M. le Dr Hagopoff.

Un nommé G..., 18 ans, d'un tempérament nerveux, élève à l'École de Travail, s'est fait porter, le 5 août 1894, à l'hôpital de Rothschild dans le service de M. le Dr Weill, médecin en chef de l'hôpital.

A son entrée, on constate les symptômes caractéristiques de la grippe, et, en outre, un état anémique notable (face pâle, les muqueuses sont légèrement colorées. Un souffle doux, mésosystolique avec un maximum correspondant presque à la ligne mammelonnaire près du bord gauche du sternum; il est intense dans la position horizontale, ne paraît se modifier sous l'influence de la respiration. Pas de bruits dans les vaisseaux du cou). Pouls, 98; température, 39°5. Léger état gastrique. Pas d'albumine. Pas de splénomégalie.

Rien à l'appareil respiratoire. Le malade avait du ptyalisme : il rejetait souvent par la bouche, sans le moindre effort de tousser, une abondante quantité de liquide mousseux et parfois teinté de sang; cette coloration devait tenir à la rupture de quelques vaisseaux dilatés (Kouskow) à la suite d'une pharyngite qui existait chez notre malade, car il se plaignait d'une sensation de picotements au fond de la gorge que nous avons trouvée rouge-foncée à l'œil nu.

Pas d'antécédents héréditaires. Il n'a jamais été malade, mais avait souvent des vertiges. Au dire de ses camarades d'école, il serait maussade, irascible, misanthrope, passerait souvent des nuits à écrire et aurait de mauvaises habitudes d'onanisme. On nous dit qu'il se vantait d'avoir fréquenté des cartomanciens et assisté aux séances de magnétisme, et qu'un jour il aurait prédit, en lisant sur les raies de la paume de la main, qu'il perdrait prochainement sa raison, etc. Il y avait donc probablement chez lui un certain degré d'atrophie du cerveau.

La convalescence du jeune malade sembla bien marcher, et alors que la fièvre était tout à fait tombée, il souffrait d'insomnies opiniâtres; il ne pouvait pas se tenir debout sans courir le risque de tomber; il disait que tout tournait autour de lui. Il gardait presque toujours le décubitus dorsal, et souvent il avait des vertiges lorsqu'il essayait de se lever. Nous avons constaté aussi des convulsions. Pas de vomissements ni de troubles médullaires. Le souffle cardiaque persistait et, à la région du cou, on entendait un bruit de diable, surtout du côté droit où il était très marqué. En un mot, l'existence d'une anémie cérébrale nous a paru nette.

Il devenait de jour en jour impatient, et entrait en fureur à la moindre observation; il ne voulait voir personne.

La veille du 9e jour de son entrée, on nous appelle auprès du convalescent qui se trouvait par terre, agité, le faciès animé et l'œil vif, criant constamment : « J'ai faim ». Température normale. Cet état n'a été que le prélude d'un violent accès de délire qui éclata dans le courant de la nuit. Plusieurs personnes ont été nécessaires pour maintenir le malade qui voulait briser tout ce qui se trouvait à sa portée. Il injuriait et menaçait quelques-uns seulement parmi son entourage en se rappelant bien de leurs noms, parce qu'ils refusaient de lui donner à manger; il avait une voracité pour certains aliments.

Les symptômes psychiques, entre autres, étaient principalement une exagération du moi, la monomanie des grandeurs et une très grande irritabilité.

On garda le malade à l'hôpital en le maintenant de force dans son lit pendant deux jours. Son état, au lieu de s'amender, s'aggravait de plus en plus. Aussi on le fit conduire, le 16 août, à l'asile de Vaucluse, où il se trouve jusqu'aujourd'hui ne s'étant pas encore complètement rétabli.

Avant de faire quelques réflexions sur l'observation qui précède, il nous paraît intéressant de passer rapidement en revue les différentes opinions émises relativement aux psychoses survenant dans le cours ou à la suite de la grippe, car il importe de bien faire ressortir certains points qui sont loin d'être établis et que nous nous proposons d'étudier ici.

Connus dès 1790 et 1838, ces troubles cérébraux ont préoccupé les auteurs, surtout durant et après la pandémie de 1889-90, où leur fréquence a été remarquable (P. Lyon), probablement en raison du nombre plus grand des cas de grippe observés à ces époques.

Tantôt elles ont frappé des sujets qui avaient une prédisposition héréditaire ou acquise, et la grippe n'a été, pour ainsi dire, qu'un coup de fouet pour l'éclosion de ces

complications, qui seraient considérées, dans ce cas, comme si elles étaient nées en dehors de l'influence de cette affection.

Ailleurs cependant, et c'est là que réside l'importance du problème à résoudre, la psychose a semblé créée de toutes pièces par la grippe elle-même chez des malades qui, regardés comme indemnes de toute tare héréditaire, n'avaient présenté jusqu'ici aucun désordre de ce genre; de sorte que l'on pourrait se demander si l'agent infectieux ne devait pas être la cause primordiale, véritablement pathogène; en un mot, s'il n'existe réellement pas une relation de *cause à effet* entre la grippe et la folie pour mériter le nom de *folie grippale*, telle que l'admet le professeur Mairet (de Montpellier).

L'étude des symptômes aurait pu, de prime abord, nous faire penser que la grippe dépendait essentiellement d'une lésion du système nerveux (Blakiston), qui serait le siège de prédilection de la localisation du poison grippal (Landau); et les troubles qui en résultent ne tiendraient qu'à des phénomènes d'irritation intéressant les différents centres nerveux. Or, que l'atteinte initiale en soit portée sur le domaine du pneumogastrique (Vovart) ou sur le système cérébro-spinal (Béni-Barde) ou enfin sur le système grand sympathique (Peter, Alison), peu importe; il n'y a rien d'étonnant à ce que les centres psychiques, à leur tour, en soient également touchés et que le délire s'établisse.

Le système nerveux est, il est vrai, ébranlé, se trouvant influencé brusquement et directement par l'agent toxique; mais l'évolution des phénomènes morbides qui en résultent, étant ordinairement rapide et en rapport direct avec la continuité d'action de cet agent, les troubles nerveux devaient apparaître aussi brusquement, ce qui expliquerait, à la rigueur, les cas de délire survenant au début de la maladie infectieuse. Cependant, combien de temps cette perturbation toxigène dure-t-elle pour pouvoir exercer son influence jusque sur la période de convalescence?

Admettons qu'il s'agissait là des localisations secondaires déterminées par la grippe sur les différents départements du système nerveux (P. Blocq); dans ce cas, comme dans tous les cas d'infection, il y aurait une nouvelle élévation thermique qui trahirait alors ces épiphénomènes névropathiques. Or, précisément, nous avons suivi notre malade attentivement à cet égard dès le début de son délire, et la température, qui était normale déjà depuis quelques jours, n'a presque jamais cessé de l'être.

Quant aux psychoses du début, évidemment les toxines sont pour quelque chose dans leur apparition, mais il est difficile de croire qu'elles suffisent à elles seules de déterminer ces accidents, sans que la prédisposition psychopathique soit nécessaire, comme le prétendent quelques auteurs (E. Toulouse). Car on ne saurait alors expliquer pourquoi le trouble des facultés n'accompagnerait pas tous les cas de grippe et qu'il n'y ait aucun rapport entre la gravité de l'infection et le développement de l'aliénation mentale (Christian). Avec une grippe légère surviennent parfois des troubles cérébraux quand, au contraire, l'intelligence n'était nullement attaquée, dans certains cas, par une atteinte grave.

D'autre part, le délire, n'étant que la réaction du cerveau à des excitations morbides ou à des troubles nutritifs généraux, comme nous allons voir dans un instant, ne peut pas refléter dans sa morphologie la maladie aiguë qui est la cause de ces excitations ou de ces troubles nutritifs. Aussi toutes les maladies, qui produiront ces derniers, donneront lieu, par contre-coup, aux mêmes symptômes psychopathiques. Par conséquent, il n'y a nullement lieu de qualifier les psychoses du nom de la grippe, puisqu'elles apparaissent aussi bien dans celles-ci que dans d'autres maladies infectieuses (fièvre typhoïde, pneumonie, rhumatisme aigu, fièvre intermittente, diphtérie, etc.).

Si les partisans de cette doctrine se sont uniquement basés sur les renseignements donnés par les parents, ceux-ci, quoique bien intentionnés soient-ils, peuvent négliger de rapporter des faits qui indiqueraient la prédisposition plus ou moins marquée du malade aux psychoses.

Il faut, toutefois, faire remarquer que l'hérédité ni les antécédents morbides individuels ne sont pas seuls des éléments prédisposants. Le tempérament nerveux (Ferrand), l'anémie (Max Simon), et comme conséquences, le surmenage intellectuel, l'irritabilité et enfin la puberté (1), ou l'âge inférieur à 30 ans (Kraepelin), sont aussi autant de causes qui, se réunissant chez l'individu, peuvent créer un état de déchéance transitoire de ce système et réaliser ainsi un *locus minoris resistentiæ*.

Il est de fait que les formes nerveuses ont été surtout fréquentes chez les *intellectuels* (P. Blocq); on a observé un grand nombre dans les lycées, dans les écoles du gouvernement, etc., et, plus particulièrement, chez les jeunes sujets; ce qui se conçoit pour peu qu'on se rappelle avec quelle facilité le système nerveux réagit à toute occasion. Le tempérament physiologique (Kraepelin, Becker), pouvant s'accuser dans le sens d'un développement excessif de ce système, exerce, à cet âge, une notable influence sur les facultés intellectuelles et leur donne une vive impulsion en même temps qu'il développe les dispositions morbides.

En un mot, la maladie infectieuse doit donc être considérée comme un agent provocateur qui aurait permis, sans l'avoir créée, l'éclosion des troubles psychopathiques (J. Voisin) chez des prédisposés, troubles qui n'ont rien d'autre de spécial que leur étiologie; entre ceux-ci et l'agent toxique il y a des lésions qui sont les vraies facteurs pathogéniques.

On a cherché à expliquer la pathogénie des psychoses par des troubles purement réflexes et par des troubles de la circulation du cerveau, accompagnés ou non de lésions inflammatoires de leurs enveloppes.

Ces deux hypothèses, en apparence distinctes l'une de l'autre, sont néanmoins intimement liées entre elles, attendu que les phénomènes réflexes eux-mêmes résultent d'une lésion plus ou moins constante, ainsi que le montre leur mécanisme; un organe est enflammé, les extrémités nerveuses qui se distribuent à cet organe sont irritées et réagissent sur les centres nerveux déterminant des troubles réflexes d'une étendue plus ou moins considérable (Gubler). Or, la cause peut en être rapportée à l'anémie de la substance nerveuse résultant de la contraction des vaisseaux sous l'influence de l'irritation des filets sympathiques (Fabriès).

En effet, les uns attribuent les psychoses à l'anémie cérébrale (Griesinger), tandis que d'autres rattachent à la

(1) On a étudié une espèce de folie connue sous le nom de *folie de la puberté*, qui tiendrait probablement à un arrêt de développement de différents centres psychiques.

Cette folie, d'après Trawbridge, aurait deux degrés : dans l'un, il y a une simple déséquilibration mentale, légère et temporaire; dans l'autre, qui n'est que la forme vésanique, on voit se produire des déviations mentales plus ou moins profondes et une maladie généralement incurable. Pour le premier degré de cette folie, les habitudes vicieuses de l'enfance, les privations physiques, le milieu et le genre de vie et aussi les excès de toutes sortes (notre malade s'était surmené intellectuellement et avait de mauvaises habitudes d'onanisme), réunissent autant de causes suffisantes pour prédisposer cet âge; tandis que l'hérédité semble jouer un rôle plus important dans le second degré de la folie de la puberté.

congestion cérébrale seulement celles qui éclatent au début ou à la période prodromique de la grippe (Marandon de Montyel, etc.).

De nombreuses autopsies pratiquées sur des aliénés vésaniques ont montré qu'il se produit, dans certaines parties des méninges cérébrales, des fluxions à répétition qui déterminent des hallucinations, du délire, etc. (A. Voisin). D'un autre côté, ces accidents ont également été observés chez des femmes récemment accouchées et épuisées par des pertes de sang (Marcé).

Il en résulte donc que chacun des troubles circulatoires peut avoir sa part dans la genèse des psychoses.

Toutefois, il est juste de faire remarquer que lorsqu'il s'agit d'une hypérémie localisée sur certains départements de l'encéphale, en raison de la gêne plus ou moins considérable survenue dans le cours de la circulation cérébrale, le sang ne peut, du moins jusqu'à la disparition de cette gêne, pénétrer les terminaisons vasculaires, celles-ci se trouvant, dans ce cas, rétrécies ou oblitérées par le sang stagnant; et le territoire cérébral qui en est tributaire reste ainsi privé de sang. En outre, d'après les lois d'hydrostatique, chaque gêne de la circulation dans un domaine capillaire, chaque stase est cause d'une accélération de pression dans les capillaires voisins et par suite d'une accélération du courant qui se porte vers ces parties; aussi est-il naturel que toute hypérémie partielle s'associe une anémie partielle (Kelsch).

Quoi qu'il en soit, il n'en est pas moins certain ce fait que, dans l'un ou l'autre cas, l'intensité de la réaction fébrile de la grippe, qui agit par son retentissement sur la nutrition et la circulation du cerveau, crée toujours, dans cet organe, des troubles trophiques, à la suite d'une activité considérable des combustions organiques, troubles qui, chez des prédisposés, déterminent des psychoses d'une durée variable suivant qu'il existe ou non, chez eux déjà avant la grippe, des dystrophies cérébrales qui entretiennent ces désordres mentaux.

Par conséquent, si les psychoses de la période de début sont, en général, bénignes, ce n'est pas parce qu'elles tiennent simplement à l'action des toxines (Toulouse), mais parce que, d'une part, elles surviennent très probablement chez des sujets dont l'état constitutionnel ne permet pas de les entretenir plus longtemps, et que, d'autre part, elles n'ont pas à subir les effets fâcheux de l'asthénie de la convalescence.

Tandis que les délires, qui se développent dans cette dernière période, apparaissent après une incubation plus ou moins longue suivant que le sujet se trouve plus ou moins prédisposé (Nasse) et se caractérisent, d'abord par de l'irritabilité, de l'insomnie jusqu'à ce que, par suite d'une diète à laquelle les malades sont soumis, depuis un certain nombre de jours, il survienne un état plus prononcé de dépression physique, intellectuelle et morale, une neurasthénie aiguë, et que finalement éclate la *folie proprement dite;* car les rapports entre celle-ci et la neurasthénie étant connus, nous sommes autorisés d'admettre que la psychose n'est que l'exagération de cette dernière.

C'est ainsi que, d'après son histoire, chez notre jeune malade, d'un tempérament nerveux, la convalescence a aggravé son état anémique, et, par une déperdition remarquable retentissant surtout sur le système cérébral prêt à réagir, avait constitué une *anémie cérébrale*, d'où de l'irritabilité et de l'insomnie que nous avons constatées, et qui, étant donné son âge, nous ont permis de rappeler à nos collègues de l'hôpital que le délire serait, en pareil cas, à craindre. Son apparition, en effet, est venue, le lendemain, approuver notre présomption.

En résumé, voici les conclusions que nous pouvons tirer de tout ce qui précède:

1° Il n'y a pas de délire spécial à la grippe ; celle-ci n'agit que comme un agent provocateur ;

2° Il doit y avoir toujours une prédisposition innée ou acquise ; l'état anémique, le jeune âge et le mode réactionnel du système nerveux du sujet sont des éléments très importants à connaître, ainsi que vient de nous le montrer l'histoire du malade en question ;

3° Les psychoses ne sont que des phénomènes réflexes provenant des troubles de la circulation et de la nutrition ; elles peuvent être considérées comme une exagération des symptômes de la neurasthénie ;

4° Il n'y a aucune corrélation entre l'apparition du délire et la gravité de la maladie aiguë ;

5° La durée de ces troubles mentaux est d'autant plus courte et la guérison d'autant plus fréquente que la prédisposition est moins accusée, ou plutôt qu'il n'existe pas des altérations organiques très prononcées dans le cerveau ;

6° Enfin, lorsqu'il survient, chez un convalescent de grippe prédisposé, une insomnie persistante, une irritabilité très marquée et des signes permettant de croire à l'existence d'une anémie cérébrale, on est autorisé de redouter la psychopathie, comme ça été le cas de notre malade.

REVUE ANALYTIQUE

Chirurgie des membres.

Des fractures récentes de la rotule par la suture (procédé de la suture en lacet du Dr Périer), par J. Moret. Th. Paris, 1894. n° 487.

M. le Dr Moret cherche à démontrer dans son étude qu'il est à l'heure actuelle indiscutable que les résultats, obtenus par la suture dans les fractures récentes de la rotule, sont supérieurs à ceux obtenus par les méthodes anciennes.

Il recommande la suture dite en lacet du Dr Périer, d'une exécution rapide, simple et facile, donnant d'excellents résultats et qui convient surtout aux fractures transversales récentes.

Contribution à l'étude clinique des fractures des mâchoires, par Ch. Clervoy. Th. Paris, 1894, n° 342.

L'auteur rapproche d'une observation personnelle de fracture complexe des maxillaires supérieur et inférieur les observations semblables des auteurs. Il insiste sur la symptomatologie, le mécanisme et surtout sur les indications thérapeutiques.

Contribution à l'étude du traumatisme expérimental sur la région trochantérienne, par L. Mermillod. Th. Paris, 1894, n° 349.

Se basant sur l'analyse de 109 fractures expérimentales, le Dr Mermillod donne les conclusions suivantes de ses recherches :

1° Le traumatisme trochantérien sollicite à la rupture non seulement l'extrémité supérieure du fémur, mais aussi l'os iliaque et la diaphyse.

2° Le traumatisme appliqué 43 fois sur la partie postérieure de la face externe du grand trochanter, au niveau du mamelon crural, a produit 28 fractures du corps du fémur (65 0/0) et 15 fractures de son extrémité supérieure.

3° Les solutions de continuité de la diaphyse fémorale présentent, toutes, les deux caractères suivants : 1° elles

sont obliques en V; 2° la ligne de fracture descendante a la forme d'un arc d'hélice.

Le mécanisme de leur production est la torsion même que l'extrémité supérieure du fémur exécute d'arrière en avant et de dehors en dedans, sous l'influence d'une violence extérieure agissant sur la région postérieure de la hanche.

De la luxation trapézo-métacarpienne, par D. Carette. Th. Paris, 1894, n° 478.

L'auteur, réunissant la plupart des observations de luxation trapézo-métacarpienne, signale la rareté de cette affection, établit qu'il n'existe en réalité que deux variétés: la luxation en arrière, incomplète; la luxation en arrière, complète; donne quelques indications sur l'anatomie pathologique, la symptomatologie et le diagnostic. Dans le chapitre traitement, le Dr Carette indique les divers appareils destinés à maintenir la luxation réduite.

Des luxations récidivantes de la rotule et de leur traitement, par E. Béreaux. Th. Paris, 1894, n° 407.

L'auteur propose de diviser les luxations récidivantes de la rotule en :

1° Luxations pathologiques, qui sont favorisées par une prédisposition ou une altération morbide de l'articulation, squelette ou partios molles;

2° Luxations congénitales, que l'on constate à la naissance.

Les luxations récidivantes reconnaissent pour causes principales : le genu valgum, l'hydarthrose, suivie d'allongement ou de relachement des ligaments. Elles se rencontrent généralement chez les sujets lymphatiques, scrofuleux ou rachitiques.

Les luxations pathologiques peuvent être internes ou externes (complètes ou incomplètes).

Les luxations pathologiques internes, relativement rares, sont presque toujours incomplètes, la rotule restant appliquée sur la face antérieure du condyle interne.

Les luxations congénitales, presque toujours doubles et complètes, doivent être divisées de la même façon.

Comme traitement, le Dr Béreaux recommande principalement la méthode sclérogène, le procédé de Lucas-Championnière, qui, pour s'opposer au déplacement de la rotule en dehors, a creusé le condyle interne pour y loger la rotule, la suture de la capsule (Roux, de Lausanne), la résection d'une partie de la capsule (B. Pollard) et surtout le plissement capsulaire (Le Dentu).

Du traitement des grands écrasements des membres, par P. Branère. Th. Paris, 1894, n° 350.

L'auteur rejette l'amputation immédiate dans les grands écrasements des membres. Si, dit-il, les délabrements ont été tels que la conservation du membre entier ne soit pas possible, la nature se chargera elle-même d'éliminer tout ce qui n'est plus susceptible de vivre.

Pour atteindre ce but, il conseille, suivant son maître P. Reclus, le lavage de la plaie avec l'eau portée à la température de 55 à 60 degrés et l'embaumement avec une pommade à base de substances antiseptiques.

De l'entraînement comme moyen de combattre les effets déplorables de la vie sédentaire. Son utilité dans certaines affections organiques causées par le ralentissement de la nutrition, par L. Druet. Th. Paris, 1894, n° 455.

Dans un ardent plaidoyer, le Dr Druet recommande les exercices physiques, les sports, et en particulier la vélocipédie, qui permettent d'obtenir un entraînement méthodique. Il cite dans un très intéressant chapitre, tout d'actualité, les quelques inconvénients de la vélocipédie, il établit judicieusement les indications et les contre-indications de ce genre d'exercice.

D'après l'auteur, l'entraînement doit être poussé jusqu'à ce que l'on ait atteint le minimum de poids compatible avec la santé parfaite et l'intégrité de la force.

Il est facile de maintenir ce poids par un court exercice journalier, ou bien encore par un exercice hebdomadaire d'une durée un peu longue.

De tous les méfaits reprochés à l'entraînement, les uns n'existent pas, les autres ne sauraient entrer en ligne de compte avec les avantages que l'on est en droit d'en attendre et que l'on en retire tous les jours.

L'entraînement augmente les forces, tend à rendre à l'homme sa vigueur primitive, tout en favorisant le développement de ses facultés intellectuelles.

Contribution à l'étude de la prothèse immédiate et de la prothèse tardive dans les résections du maxillaire inférieur, par M. Roy. Th. Paris, 1894, n° 488.

Comparant la prothèse immédiate à la prothèse tardive, l'auteur fait voir que cette dernière ne présente pas les avantages de la prothèse immédiate, qui permet surtout d'éviter les déformations cicatricielles consécutives. La prothèse immédiate étant pratiquée, on devra employer de préférence les appareils à irrigation de M. Martin.

On devra attendre un temps assez long avant de poser un appareil définitif, suivant la règle établie par M. Martin.

Toutefois, il y a avantage, dès la cicatrisation bien achevée, à rendre l'appareil primitif mobile, afin d'éviter les causes d'irritation que produit, en dépit des lavages antiseptiques, le séjour trop prolongé d'un appareil immobile dans une cavité comme la bouche, exposée à mille causes d'infection.

La prothèse immédiate peut très bien être employée dans les résections pour ablation de néoplasmes. Les appareils employés ne paraissent pas favoriser les récidives et, si celles-ci se produisent, elles ne paraissent pas hâter leur apparition.

Déformation du poignet d'origine probablement rachitique, par D. Malfuson. Th. Paris, 1894, n° 543.

L'auteur étudie une curieuse déformation du poignet, signalée par Dupuytren, Malgaigne et plus particulièrement étudiée dans ces derniers temps par Madelung, Tripier, J. Félix, Duplay, Redard.

Cette déformation, quelquefois double, est principalement caractérisée par une sorte d'incurvation avec hypertrophie des extrémités inférieures du cubitus et du radius et légère subluxation de ces os sur le carpe. La main, au lieu de continuer le plan de l'avant-bras, est déjetée sur un plan antérieur. Les deux plans superposés ont une direction parallèle, le plan passant par l'avant-bras est plus élevé que celui passant par la main. Le talon de la main fait une saillie formée par le carpe qui semble légèrement remonté sur la face antérieure de l'avant-bras.

Plus fréquente chez les jeunes filles, se montrant à la période de croissance, succédant quelquefois à de légers traumatismes, elle s'observe surtout dans certaines professions (imprimeurs, blanchisseuses) ou chez les adolescents abusant de l'escrime ou du piano.

Examinant les diverses théories proposées pour expliquer cette déformation du poignet, le Dr Malfuson pense que la difformité est la conséquence d'une perturbation dans la croissance et le fonctionnement des cartilages de conjugaison des os de l'avant-bras à leur extrémité inférieure (Redard), l'altération osseuse dépendant du rachitisme (S. Duplay).

Comme traitement, il recommande, en cas d'échec des appareils orthopédiques, l'ostéotomie du radius suivant le procédé opératoire de S. Duplay.

De la résection du genou chez l'enfant dans les tumeurs blanches suppurées, par L. Harou, Th. Paris, n° 423.

D'après le Dr Harou, la résection du genou dans les ostéo-arthrites tuberculeuses suppurées est une opération complète, si on la pratique en évidant l'épiphyse en entier et en la creusant de façon à la débarrasser de toutes les masses tuberculeuses suspectes.

Elle reste toujours intra-épiphysaire et ne nuit aucunement à l'accroissement ultérieur du membre.

La résection du genou, opération complète enlevant d'un seul coup la localisation tuberculeuse, n'expose pas l'organisme à des complications viscérales.

C'est donc la meilleure thérapeutique à opposer aux tumeurs blanches suppurées du genou de l'enfance, comme de l'âge adulte. Elle n'a contre elle que deux contre-indications :

1° Les lésions trop étendues du bulbe osseux;

2° L'atrophie considérable des leviers osseux, surtout en longueur.

Amputation de Pirogoff, par L. Brunet. Th. Paris, 1894, n° 477.

D'après l'auteur, l'amputation de Pirogoff est une opération facile, indiquée dans presque toutes les lésions ayant atteint le tarse antérieur, donnant de meilleurs résultats que les autres amputations, et des articulations du pied.

Contribution à l'étude du mal de Pott, par E. Herzenberg. Th. Paris, 1894, n° 357.

L'auteur publie une intéressante observation de mal de Pott, avec ouverture d'un abcès par congestion dans la cavité pleurale et le poumon, suivie de vomiques. Il rapproche de ce fait des rares observations publiées par les auteurs d'ouverture d'abcès par congestion, soit dans le poumon, soit dans la plèvre et consécutivement dans le poumon et une grosse bronche.

Il recommande l'intervention chirurgicale dans quelques cas graves de mal de Pott et dans certaines formes de cette affection, favorables par leur siège.

Etude critique sur les méthodes de traitement de la coxo-tuberculose, par A. Billet. Th. Paris, 1894, n° 382.

Le Dr Billet, étudiant comparativement les diverses méthodes de traitement de la coxalgie tuberculeuse, considère l'extension continue avec l'appareil de Lannelongue comme la méthode de choix, permettant souvent une guérison intégrale.

Employée dans les cas anciens et dans les formes suppurées, l'extension continue est encore fréquemment très utile. Elle est contre-indiquée et doit céder le pas aux appareils inamovibles, lorsque l'affection étant guérie ou à peu près, il existe dans la hanche des mouvements très limités, lesquels sont à la fois inutiles à la fonction du membre à cause de leur peu d'étendue, et deviennent, d'autre part, les agents d'une flexion consécutive.

Le redressement lent par l'extension continue devra être cherché dans la majorité des cas de coxalgie et sera obtenu, sauf dans les cas très anciens avec déformations osseuses avancées, passibles du redressement forcé sous le chloroforme.

Les résultats de la méthode sclérogène appliquée à la coxo-tuberculose restent entourés d'obscurité ; les faits publiés jusqu'à présent ne permettent pas de se prononcer au sujet de ce moyen thérapeutique qui ne serait d'ailleurs qu'un adjuvant de l'extension continue ou de l'immobilisation.

A L'ÉTRANGER

ALLEMAGNE

De certains effets de la bière.

L'*Aerztl. Vereinsblatt* publie un travail qui ne manque pas d'intérêt sur les effets que produit l'ingestion d'une quantité considérable de bière dans l'organisme. Nous ne croyons pas que les conclusions auxquelles en arrive l'auteur puissent être vérifiées dans nos pays, car même dans le nord de la France, où la bière est en très grande faveur, on n'en fait pas une consommation comparable à celle que l'on peut voir dans certaines régions de l'Allemagne, et notamment à Munich.

Il y a vingt ans déjà que **Forel** avait remarqué que, dans cette ville, il était rare de faire des autopsies sans rencontrer un degré très avancé de cirrhose rénale. L'explication de ce fait était facile à donner : la bière absorbée en trop grande abondance imposait aux reins une surcharge fonctionnelle plus ou moins considérable, et ainsi naissait la cirrhose. Toutefois cette théorie n'est vraie que si l'on y ajoute l'irritation constante produite par l'alcool sur l'épithélium rénal, à laquelle il convient de faire jouer un rôle prédominant, et qui peut être comparée à l'irritation toxique dont relève la cirrhose de Laënnec. La thèse de Forel a été reprise plus tard par **Strümpel**, qui l'a complétée. Ce dernier a reconnu que la cirrhose rénale précitée s'accompagnait de dégénérescence cardiaque. Tous ces faits viennent encore de recevoir une confirmation plus solide ; non content de l'examen macroscopique des pièces d'autopsie, **Bollinger** a étendu le champ de ses recherches sur ce sujet en y ajoutant des études microscopiques. Les lésions constatées à l'œil nu sont pleinement vérifiées par l'anatomie pathologique, et l'on comprend que ce dernier observateur ait pu dire que les cœurs et les reins normaux sont rares à Munich. Cette intoxication par la bière n'est, en somme, qu'une intoxication alcoolique, mais peut-être modifiée par les différents éléments associés à l'alcool dans la bière, ce qui pourrait expliquer que l'alcoolisme, tel que nous l'observons ici, se traduit par un tableau clinique qui ne se retrouve pas avec la même fréquence dans les pays où la bière est la boisson habituelle.

Relations entre la pleurésie et la péritonite aiguë.

On sait que la propagation d'un travail phlegmasique de la plèvre au poumon et réciproquement est loin d'être rare, et qu'elle se comprend même anatomiquement depuis que Ranvier a démontré que ces deux séreuses communiquent par des vaisseaux et des puits lymphatiques. **Tilger** (*Virchow's Arch.*, 1894, vol. CXXXIV), reprenant la question de la pleurésie venant compliquer une péritonite aiguë, a trouvé que l'inflammation de la séreuse pleurale succède à celle de la séreuse péritonéale vingt-cinq fois sur cent à peu près. La pleurésie, qui peut être sèche comme elle peut se traduire par un épanchement, est plus bénigne que la péritonite. De plus, l'auteur nous apprend, par sa statistique, que la pleurésie droite est plus fréquente dans ces conditions que la

pleurésie gauche. Cette question lui a paru assez importante pour nécessiter quelques recherches expérimentales.

Voici sur quelles considérations Tilger s'arrête pour expliquer cette particularité. Selon lui, lorsque l'inflammation péritonéale gagne la plèvre, le foie joue un rôle dans cette propagation. Mais il peut intervenir de deux façons différentes. Il est en effet facile de concevoir que l'inflammation, qui a envahi la séreuse péritonéale, remonte, en passant sur les bords du foie, jusqu'à la face supérieure de cet organe. Dans une seconde hypothèse on comprendra facilement qu'entre la face supérieure du foie et le diaphragme qui la recouvre, viennent s'amasser des produits inflammatoires. D'une façon comme de l'autre, les vaisseaux lymphatiques ouvrent la voie à l'infection qui ainsi gagne la plèvre droite. Tout porte à croire que les choses doivent en effet se passer ainsi; la contre-épreuve se trouve dans le travail même de Tilger : dans le seul cas de pleurésie gauche unique qu'il relate, celle-ci n'existait qu'au-dessus du lobe gauche du foie, et précisément ce lobe gauche était uni au diaphragme par d'anciennes adhérences.

ANGLETERRE

De la chlorose.

M. Lloyd Jones (*Association medicale britannique*) donne sur la pathogénie de la chlorose une théorie assez originale, mais susceptible d'être longuement discutée. La chlorose ne serait que le résultat de l'exagération de certains phénomènes normaux. L'auteur a été amené à formuler cette conclusion en étudiant avec soin les modifications que subit le sang suivant les âges. Ces examens portent sur le poids spécifique du sang pris dans son ensemble, et sur le poids spécifique du sérum sanguin.

Le poids spécifique du sang est le même dans les deux sexes jusqu'à l'âge de quinze ans. A ce moment, il augmenterait chez les garçons, et diminuerait chez les filles de seize à vingt-deux ans. C'est précisément à cette époque que se manifeste la chlorose, et presque toujours chez des jeunes filles. Eh bien! chez les jeunes filles chlorotiques la diminution du poids spécifique du sang est plus considérable qu'à l'état normal.

Si nous examinons le poids du sérum sanguin, nous arrivons, d'après Lloyd Jones, à des résultats exactement opposés. Egal dans les deux sexes jusqu'à quinze ans, il augmente chez les filles pour diminuer chez les garçons. L'examen du sang des chlorotiques, à ce point de vue particulier, montre que chez elles le poids spécifique du sérum sanguin est souvent très accusé.

Si nous nous en rapportons aux résultats de ces observations, nous reconnaitrons facilement que, dans la chlorose, certains phénomènes normaux apparaissent comme exagérés. Mais de là, devons-nous, avec Lloyd Jones, conclure que cette exagération est la cause de la chlorose Cela n'est pas prouvé. Les troubles hématiques rencontrés dans la chlorose, au lieu de la provoquer, peuvent trè--bien être sous la dépendance de la vraie cause de la chlorose, et la diminution du poids spécifique du sang, l'augmentation du poids spécifique du sérum sanguin n'être que des symptômes de la chlorose, inconnus jusqu'à présent, mais qui ne trouvent pas place dans le chapitre de l'étiologie de cette maladie. Il serait bon, pour avoir sur cette question des renseignements plus précis, d'examiner le sang de quelques jeunes gens chlorotiques.

Lloyd Jones n'a pas arrêté là ses investigations. En effet, il nous apprend que l'hémoglobine, qui augmente après quinze ans chez les garçons et diminue chez les filles après la puberté, diminue beaucoup plus chez les chlorotiques. Et aussitôt se pose une question. Pourquoi cette diminution? Elle serait, d'après l'auteur, sous la dépendance des petites hémorrhagies du tube gastro-intestinal, qui souvent passeraient inaperçues. Ces hémorrhagies seraient en tous points comparables aux hématémèses qu'on observe chez les jeunes chlorotiques; souvent ces hématémèses s'expliquent par une congestion de la muqueuse, et celle-ci d'origine réflexe relèverait d'un trouble de l'innervation splanchnique, trouble qui se manifeste après un shock, un refroidissement, des émotions vives, etc., etc. Suivant que la congestion est plus ou moins intense, elle se traduit par une hématémèse, ou par une légère suffusion sanguine. Ce sont ces pertes de sang, qui, répétées, produiraient pour l'auteur une diminution de l'hémoglobine, et par là on comprendrait aussi la richesse en fer des matières fécales des chlorotiques.

Lloyd Jones pense que le traitement, dans ces cas, doit surtout viser à resserrer les vaisseaux gastro intestinaux dilatés. C'est ainsi qu'agirait le fer, c'est également le moyen d'action du nickel, du cobalt, du cuivre, du platine, qui pourraient être employés. Les sels de potasse et de magnésium exerceraient aussi une légère contraction.

Telles sont les idées de Lloyd Jones sur la pathogénie de la chlorose. On sait que peu de questions soulèvent encore autant de discussions, car peu de questions sont encore aussi peu connues. Nombre de théories s'édifient chaque jour sur ce sujet, qui se détruisent les unes les autres. Mais le débat semble considérablement s'élargir, depuis que certains auteurs ont parlé de la nature infectieuse de la chlorose. C'est la raison qui nous a poussés à rapporter les travaux de Lloyd Jones.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 8 février.

M. Lebreton, à propos de la lecture du procès-verbal, rectifie certains chiffres de la statistique qu'il a donnée à la dernière séance. (Voir *Gazette Médicale* du 9 février 1895.)

La sérothérapie, au lieu de lui donner une mortalité de 10.8 0/0, ne lui a fourni que 9.6 0/0.

Avec la sérothérapie associée au tubage, au lieu d'avoir perdu 18 0/0 de ses malades, il n'en a perdu que 15.9 0/0.

De la persistance du bacille de Lœffler après la disparition des fausses membranes.

M. Sevestre. — La prophylaxie de la diphtérie comprend deux grandes parties : il faut d'abord désinfecter les locaux et tout ce qui a été en contact avec les malades, il faut de plus isoler le malade pendant un certain temps. Mais, sur ce dernier point, nous n'avons pas de notions précises. Nous ne savons pas exactement quand un diphtérique cesse d'être dangereux pour ceux qui l'entourent. On sait bien qu'une fois guéri, l'enfant diphtéritique peut encore contaminer d'autres enfants, et cela, tant qu'il conserve du bacille de Lœffler. J'ai recherché pendant combien de temps persistait ce bacille.

Lœffler avait déjà dit qu'il fallait isoler les enfants quatre semaines après la chute des fausses membranes. Roux et Yersin, en 1899, ont fait de cette question une étude plus approfondie. Ils ont vu que, bien souvent, les bacilles disparaissaient avec les fausses membranes. Mais ils n'observaient ces faits que dans les hôpitaux où l'on faisait faire aux enfants des lavages fréquents, et de plus, les enfants sortant de l'hôpital aussitôt leur convalescence, il leur était impossible de les suivre. Aussi ont-ils rencontré le bacille chez certains enfants qu'ils ont pu garder en observation trois jours, onze jours, quatorze jours après que toute fausse membrane avait disparu.

Taupisson a examiné 46 malades à ce point de vue. 24 fois, le bacille a persisté, mais avec une virulence inégale, ainsi que le prouvent les 16 inoculations que cet auteur a faites à des cobayes. Il conclut, dans son travail, que la moitié des malades qui sortent de l'hôpital peuvent contaminer ceux qui les approchent.

Thévenard (de Mont-Cène), dans les 44 observations qu'il rap-

porte, n'a pas trouvé de bacilles, mais il cite cinq cas où le bacille a été rencontré longtemps après la maladie. Il ne l'a pas seulement trouvé dans la gorge, mais encore dans le nez qui présentait un écoulement incessant. N'ayant pas fait d'inoculation, il ne nous apprend rien sur leur virulence.

Le *British Medical Journal* rapporte une observation, dans laquelle il a été trouvé du bacille de Loeffler dans la bouche d'un ancien diphtéritique sept mois après la disparition des fausses membranes.

Boureau (de Tours) a rapporté, il y a quelques jours, des faits dans lesquels la persistance du bacille avait été notée pendant un temps plus ou moins long. Mais sa virulence n'a pas été recherchée.

Donc, d'après les faits déjà publiés, il faut admettre que le bacille de Loeffler persiste, après la disparition des fausses membranes, dans la moitié des cas suivant certains auteurs, dans le dixième des cas suivant d'autres. Quant à leur virulence, on ne peut pas se prononcer, car des opinions différentes ont été émises à ce sujet.

J'ai fait, moi-même, des recherches de ce genre. J'apporte un très petit nombre d'observations. Il est facile de se rendre compte que ce travail nécessite des conditions d'examens difficiles à remplir. Il faut, en effet, d'une part, pouvoir suivre les enfants pendant un certain temps après leur guérison, d'autre part, une installation spéciale.

J'ai fait cette étude comparativement à l'hôpital Trousseau, en juin et en décembre 1893, avec les anciens procédés (topiques, antiseptiques) et à l'hôpital des Enfants-Malades, en décembre 1894, où j'appliquais le traitement sérothérapique.

Dans ma première série d'observations, où le traitement local était seul mis en pratique, je me suis servi du liquide de Gaucher et d'irrigations à l'acide phénique au 1/100e. Voici les conclusions auxquelles je suis arrivé. Tout d'abord, je dois dire que le diagnostic bactériologique a été établi dès l'entrée de l'enfant à l'hôpital, sauf dans trois cas. Puis, ce diagnostic a été vérifié à l'aide d'ensemencements pendant la période d'activité du bacille. La virulence a été recherchée par l'inoculation au cobaye. Dans tous les cas d'angine, le résultat a été positif. Dans deux cas de croup opéré, le résultat a été négatif. En résumé, dans 15 cas, le bacille a été reconnu virulent.

D'autre part, l'ensemencement après la disparition des fausses membranes a donné les résultats suivants : quatre fois je n'ai rien trouvé, et une fois j'ai trouvé une colonie. Deux fois, le bacille persista, mais sans virulence. Une fois, le résultat a été primitivement négatif, mais est devenu positif un mois après la guérison. Quatre fois, l'examen fait de 6 à 15 jours après la guérison a donné des bacilles virulents. Deux fois la culture du mucus de la gorge a été sans résultat, mais le mucus nasal contenait du bacille dont la persistance a duré 49 jours après l'ablation de la canule trachéale, dans le premier cas, 38 jours après le départ de l'hôpital. Dans ces conditions, on s'explique facilement une seconde atteinte de diphtérie par réinfection. Donc, dans la moitié des cas, peut-on dire, le bacille disparait avec les fausses membranes ; dans l'autre moitié, il persiste avec ou sans virulence et surtout dans le mucus des fosses nasales.

Dans la deuxième série d'observations, les malades traités par la sérothérapie n'ont subi d'autre traitement local que des lavages avec la liqueur de Labarraque à 50 0/00. Nous avons toujours fait l'ensemencement à l'entrée du malade à l'hôpital. Quant aux recherches du bacille faites après la disparition des fausses membranes, voici les conclusions auxquelles nous sommes parvenus. Trois fois, il n'y avait pas de bacille ; quatre fois, il y avait du bacille non virulent qui avait pris la forme de bacille court et qu'on a retrouvé un mois plus tard ; trois fois, enfin, il y avait du bacille et il était virulent. En général, les cas où il y avait persistance du bacille avaient été empreints d'une certaine gravité.

Comparant maintenant l'exposé de ces deux séries d'observations qui se complètent l'une l'autre, nous arrivons à des résultats à peu près identiques et nous pouvons, semble-t-il, formuler les trois conclusions suivantes :

α Le bacille de Lœffler peut disparaître avec les fausses membranes, ou persister, mais sans virulence. C'est alors le bacille court. Ces faits se rencontrent dans la moitié ou les deux tiers des cas, et répondent aux formes bénignes de la maladie, mais non pas d'une façon exclusive.

β Dans les formes moins bénignes, le bacille est virulent, il se rencontre dans la gorge, mais plus souvent et plus longtemps dans les fosses nasales ; néanmoins, les irrigations semblent l'atténuer. Il faut donc les recommander.

γ Les observations ne permettent pas de dire à quel moment précis il convient de fixer la limite extrême de la persistance des bacilles. D'une manière générale, elle varierait cependant entre quelques semaines et un mois. Il n'y a pas de signes cliniques qui indiquent la persistance du bacille. Toutefois, un écoulement constant des fosses nasales doit éveiller le soupçon.

Au point de vue doctrinal, ces faits expliquent les cas de réinfection. Leur étude tend à devenir plus rare, parce que la sérothérapie atténue le mal. Quant au point de vue de la prophylaxie, il convient de dire que l'enfant guéri n'est pas sans danger pour ceux qui sont autour de lui. On a cru souvent que la contamination se faisait par les vêtements. Dans ce but, on a recommandé leur désinfection. Cette mesure est évidemment bonne, mais il faut bien savoir que la contamination peut avoir une origine pharyngienne ou nasale.

Je terminerai par les réflexions suivantes : Il faut examiner la gorge et les fosses nasales d'un diphtérique guéri, et cet examen doit être répété à plusieurs reprises. Après la guérison, il faut continuer les irrigations de la gorge et du nez, et enfin, il faut tenir pour suspect tout écoulement nasal qui persiste.

Des salles de convalescents seraient nécessaires dans nos hôpitaux pour qu'il nous fût possible de tenir en observation nos diphtériques guéris.

Mais mieux vaudrait un asile de convalescence hors Paris, où les petits malades seraient bien plus à même de reprendre leurs forces et de se rétablir complètement. Je ne fais ici que revenir sur des opinions déjà émises par MM. Roux et Grancher, en 1890.

Je rappellerai enfin que les villes de Lyon et de Tours sont pourvues d'installations de ce genre. Il importe que Paris ne reste pas en arrière. J. P.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 9 février.

Théorie mécanique de la paralysie hystérique, du somnambulisme, du sommeil naturel et de la distraction.

M. R. Lépine. — Au mois d'août 1894, j'ai rapporté un cas d'hystérie à forme particulière, à propos duquel je rappelais que les communications des neurones entre eux se font par simple contiguïté. Au même moment, j'émettais l'hypothèse que l'on pouvait attribuer à un *défaut de contiguïté parfaite entre les ramifications des cellules* les anesthésies sensorielles et sensitives, ainsi que les paralysies motrices chez les hystériques. Cette théorie me paraissait légitimée, chez mon malade, par ce fait remarquable que celui-ci passait *instantanément* d'une complète surdité à l'état normal de l'audition. L'attention suffisait, chez lui, pour produire l'éréthisme des prolongements cellulaires et rétablir les contacts entre les cellules. Ma théorie toute mécanique était donc susceptible d'expliquer, d'une façon satisfaisante, les alternatives insolites du sens de l'audition de mon malade. Conséquemment, ai-je dit alors, les paralysies des hystériques, soudainement

guéries comme chacun sait, pourraient être soumises à une influence de la volonté qui rétablirait les contacts imparfaits entre les neurones moteurs.

J'ai dit, en outre, que le sommeil naturel pourrait bien « être causé par le retrait des prolongements des cellules du sensorium amenant ainsi l'isolement de celles-ci ». J'ajoutais que « cette nouvelle théorie expliquerait la soudaineté extraordinaire avec laquelle nous passons de l'état de veille à l'état de sommeil. Elle se concilierait, d'ailleurs, fort bien avec les théories chimiques actuellement en faveur; on conçoit, en effet, que ce ratatinement des prolongements soit dû à des modifications chimiques du protoplasme cellulaire ».

J'ai donc, il y a six mois, formulé d'une manière explicite, et en la généralisant, l'hypothèse soutenue par M. le professeur Mathias Duval dans la dernière séance de la Société de biologie, à propos de la théorie histologique du sommeil. (Voir *Gazette Médicale* du 9 février 1895.)

Cette hypothèse expliquerait d'ailleurs les différentes variétés du somnambulisme, en supposant que l'interruption par défaut de contiguïté entre les neurones siège à tel ou tel niveau. A l'état normal, ainsi que je l'ai indiqué, nous avons la faculté de fermer la porte aux sensations importunes en supprimant la communication du sensorium avec les organes des sens; cela se passe ainsi lorsque nous méditons. Et nous pouvons de la sorte créer un état analogue à l'état pathologique.

Origine microbienne des calculs.

M. Galippe. — Voici un fait qui démontre une fois de plus le rôle que jouent les parasites dans la formation des calculs salivaires, rénaux, urinaires, pulmonaires, etc.

Ayant eu l'occasion d'examiner un calcul trouvé par M. Létienne dans le poumon d'une femme qui avait succombé non à la tuberculose pulmonaire, mais à des accidents puerpéraux, j'ai traité ce calcul par les moyens ordinaires et, dans toutes mes préparations, j'ai constaté, dans le calcul, la présence d'un bacille flexueux, de diplocoques et de microcoques.

Résistance des spores de l'aspergillus fumigatus.

M. Renon. — Dans l'organisme comme dans les cultures, il est intéressant de voir combien grande est la résistance des spores de l'aspergillus fumigatus aux différents agents extérieurs.

Ainsi, nous avons pu trouver les spores de ce champignon dans l'air, sur l'écorce, les feuilles et les graines des arbres, sur les cailloux et dans les couches superficielles du sol, sur les grains de blé, particulièrement sur les grains de blés étrangers, comme ceux venant de Russie ou de la Plata, enfin dans la chambre de nettoyage d'un moulin, ainsi que dans la farine et les résidus de blé que nous y avons rencontrés.

Quand on examine les cultures, on voit que le nitrate d'argent est sans influence sur leur développement, même si l'on a recours à des doses d'une certaine importance; on sait qu'il n'en est pas de même pour l'aspergillus niger. Cette absence d'action peut également être notée pour l'iode, l'iodure de potassium et enfin le chlorure de sodium.

L'injection des spores dans les veines d'un lapin et d'un pigeon provoque facilement chez eux la tuberculose aspergillaire; c'est là un fait bien connu. Mais, si l'on pratique l'inoculation dans le tissu cellulaire sous-cutané, le champignon aura une action beaucoup plus lente; cette action sera encore plus lente, si l'on injecte l'animal par la voie sanguine, et si on lui fait alors absorber chaque jour de l'iodure de potassium. Inocule-t-on dans les veines des spores stérilisées, on n'obtiendra aucun résultat morbide; mais si plus tard l'on injecte des spores virulentes, non seulement celles-ci seront efficaces, mais leur efficacité sera plus intense; en effet, les spores deviennent plus virulentes, et les témoins ne meurent pas aussi vite que les animaux en expérience. Par conséquent, l'on ne peut immuniser les animaux de cette manière; il ne faut rien espérer non plus du moyen qui consiste à injecter une très petite quantité de spores virulentes sans danger immédiat, suivi de l'injection d'une grande quantité de spores. Néanmoins, dans ce dernier cas, les animaux résistent fort longtemps, et présentent une tuberculose aspergillaire chronique dont la durée oscille entre deux mois et demi et cinq mois, et qui même peut aboutir à la guérison.

La pénétration des microbes dans le sang après les repas.

M. Nocard. — Au lieu de stériliser le sérum dont je me sers pour mes expériences, voilà longtemps que je le recueille aseptiquement pour l'employer sans l'avoir soumis à l'action de la chaleur. J'ai observé que ce sérum s'altérait parfois et j'ai remarqué de plus que chaque fois qu'il en était ainsi, on avait recueilli le sérum l'après-midi, après le repas. Dans ces conditions, il m'a semblé intéressant de me livrer à quelques expériences pour voir quelle influence les repas pouvaient exercer sur la pénétration des microbes dans le sang.

L'animal est-il à jeun, le sérum que l'on recueille alors est presque toujours stérile; le chyle peut aussi l'être, mais pas d'une façon si constante. Si l'on recommence cette opération quatre ou cinq heures après le repas, le chyle contient des microbes en nombre considérable, mais les résultats diffèrent suivant l'alimentation. En effet, si l'animal a pris des aliments maigres, les colonies peuvent se compter; il n'en va plus ainsi s'il a pris des aliments gras, car alors elles deviennent innombrables, et les plaques de gélatine se liquéfient avec une grande rapidité.

Il est facile d'en conclure que c'est surtout après les repas que les microbes passent dans le chyle, et aussi à la faveur des matières grasses.

De l'histologie de quelques cellules nerveuses.

M. Azoulay fait part à la Société des recherches qu'il a entreprises sur les petites étoilées de la couche médullaire du cervelet.

Il présente de plus des dessins qui montrent l'existence de fibres grimpantes par lesquelles les cellules de Purkinje sont entourées d'une façon presque complète, et dont il faut chercher la provenance dans les cellules de la protubérance.

De la coagulation du sang.

M. Contejean donne le résultat d'un certain nombre d'expériences qui démontrent que la substance qui permet la coagulation du sang se trouve surtout dans le foie et dans la masse intestinale.

M. Laulanié (de Toulouse) adresse à la Société une note intitulée : *Technique physiologique de l'exploration du chimisme respiratoire.*

MM. Œchsner et Coninck (de Montpellier) envoient une note sur une réaction décelant la présence de la créatinine dans les urines de l'homme.

La séance est levée. J. P.

LES LIVRES

Société d'Éditions scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois et place de l'École de Médecine.

Formulaire pratique pour les maladies de la bouche et des dents, suivi du manuel opératoire de l'anesthésie par la cocaïne en chirurgie dentaire, par G. Viau, chirurgien-dentiste de la Faculté de médecine de Paris, professeur à l'École dentaire de Paris, président de la Société d'odontologie de Paris, vice-président de l'Association générale des dentistes de France, chirurgien-dentaire du collège Chaptal. (Deuxième édition). Volume in-18 de 516 pages; broché : 5 fr.; relié cuir souple : 6 fr.

La première édition de ce *formulaire* s'est trouvée très rapide-

ment épuisée. C'est le premier ouvrage original écrit par un dentiste français qui ait été l'objet d'un tel honneur.

Le succès sans précédent du *formulaire* de M. G. Viau ne doit laisser aucun doute sur sa valeur et prouve aussi qu'il répondait vraiment à un besoin.

L'auteur a tenu à honneur de justifier ce succès en donnant une nouvelle édition sérieusement revue et notablement augmentée. (Cette nouvelle édition est augmentée de plus de 150 pages). Il s'est appliqué, avec le plus grand soin, à mettre, jusque dans les plus petits détails, son livre au courant des progrès réalisés et des connaissances actuelles.

Quelques articles ont été profondément modifiés ; tels sont ceux qui ont trait à la *carie dentaire* (principalement à propos des *caries de 4e degré*), à l'*hygiène buccale* et aux *dentifrices*, etc. D'autres sont entièrement nouveaux, ce sont ceux qui traitent de la *grenouillette*, des *accidents de dents de sagesse*, de la *syphilis buccale*, des *ulcérations linguales*, etc. Le but de cet ouvrage étant avant tout de fournir des indications thérapeutiques, l'auteur a donné tous ses soins au *formulaire proprement dit*.

La partie de cet ouvrage où se trouvent résumés, d'une façon claire et précise, les caractères cliniques de chaque affection et les moyens thérapeutiques efficaces pour la combattre, présente une très grande utilité pour les étudiants : au moment des examens, ils y trouveront un résumé précieux de tout ce qu'ils doivent connaître. En dehors des avantages qu'il offre aux praticiens, le *formulaire* de M. G. Viau est donc *indispensable à l'étudiant qui se présente à l'examen d'Etat, à la Faculté, pour l'obtention du diplôme de chirurgien-dentiste.*

Les microorganismes de la fermentation, par Alfred Joergensen, directeur du Laboratoire pour la physiologie des fermentations et la technologie des fermentations, Copenhague, traduit par M. Paul Freund et revisé par l'auteur, avec cinquante-six illustrations dans le texte : Prix, broché, 5 francs ; reliure souple, peau pleine, 7 fr. 50.

Ce livre est un exposé de la morphologie et de la biologie des microorganismes qui se présentent dans les fermentations. Il forme donc, en quelque sorte, un supplément aux ouvrages qui s'occupent principalement de la partie chimique du sujet.

L'auteur s'est proposé de donner, sous une forme claire et précise, un aperçu général des connaissances acquises dans tout le domaine en question, en tenant compte des différentes méthodes d'investigation qui, par la suite, sont devenues importantes.

Ce livre s'adresse par conséquent aux chimistes, botanistes, biologistes et aux ingénieurs qui s'occupent de ces branches de l'industrie.

Dans l'énumération de la littérature, l'auteur a donné un aperçu sur tous les ouvrages importants pouvant intéresser l'homme de science et le technicien.

ACTES DE LA FACULTÉ

DU 18 AU 23 FÉVRIER 1895

EXAMENS

Lundi 18 février. — 2e Oral (1re partie) : MM. Farabeuf, Retterer, Poirier. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Terrier, Ricard, Jalaguier. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu : MM. Tillaux, Marchand, Lejars. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu : MM. Straus, Déjerine, Gaucher.

Mardi 19 février. — 2e Oral (1re partie) : MM. Mathias-Duval, Quénu, Poirier. — 3e (2e partie) : MM. Debove, Hallopeau, Charrin. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité : MM. Guyon, Le Dentu, Albarran. — 5e (2e partie), Charité : MM. Laboulbène, Raymond, Gilbert. — 5e (1re partie) Obstétrique, Clinique d'Accouchements, rue d'Assas : MM. Tarnier, Maygrier, Bar.

Mercredi 20 février. — 2e Oral (1re partie) : MM. Farabeuf, Retterer, Sebileau. — 3e Oral (1re partie) : MM. Marchand, Tuffier, Varnier.

Jeudi 21 février. — *Médecine opératoire* : MM. Panas, Nélaton, Poirier. — 2e Oral (1re partie) : MM. Mathias-Duval, Ballet, Netter. — 3e Oral (1re partie) : MM. Duplay, Tarnier, Albarran.

Vendredi 22 février. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité : MM. Tillaux, Ricard, Tuffier. — 5e (2e partie), Charité : MM. Potain, Robin, Letulle. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Marchand, Varnier.

Samedi 23 février. — 2e (1re partie) : MM. Mathias-Duval, Quénu, Poirier. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Duplay, Nélaton, Brun. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Panas, Berger, Schwartz. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu : MM. Cornil, Troisier, Ménétrier. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique d'Accouchements, rue d'Assas : MM. Tarnier, Maygrier, Bar.

THÈSES

Mercredi 20 février. — *M. Chambi* : Sarcôme primitif des muscles (MM. Tillaux, Terrier, Jalaguier, Lejars). — *M. Diet* : De l'entéro-anastomose (opération de Maisonneuve) dans les rétrécissements intestinaux (MM. Terrier, Tillaux, Jalaguier, Lejars). — *M. Domec* ; Du traitement de l'épithélioma de la peau, des paupières et du nez par le bleu de méthyle (MM. Straus, Pinard, Robin, Chauffard). — *M. Petit* : Le droit de l'enfant à sa mère (MM. Pinard, Straus, Robin, Chauffard). — *M. Barbary* : Grands lavages dans le traitement de l'ophtalmie purulente, principalement au moyen de l'entonnoir laveur Kolt (MM. Pinard, Straus, Robin, Chauffard). — *M. Londe* : Maladies familiales du système nerveux. De l'hérédo-ataxie cérébelleuse (MM. Joffroy, Landouzy, Brissaud, Netter). — *M. Proust* : Etude sur la folie à deux (MM. Landouzy, Joffroy, Brissaud, Netter).

Jeudi 21 février. — *M. Gouget* ; De l'influence des maladies du foie sur l'état des reins (MM. Brouardel, Laboulbène, Hanot, Marfan). — *M. Pelletier* : Le cœur droit dans le rétrécissement mitral (MM. Laboulbène, Brouardel, Hanot, Marfan). — *M. Pissot* : Etude sur le lavage du rhino-pharynx et ses indications (MM. Laboulbène, Brouardel, Hanot, Marfan). — *M. Letcheff* ; De la colite muco-membraneuse chez les utérines. Etude anatomique, clinique et pathogénique (MM. Le Dentu, Berger, Chantemesse, Brun). — *M. Bernis* ; Traitement de l'ectopie testiculaire (MM. Berger, Le Dentu, Chantemesse, Brun).

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

FACULTÉS

Concours d'agrégation : médecine.

Admissibilité aux épreuves définitives. — MM. Achard, Ausset, Blocq, Boyer, Brunelle, Charmeille, Chatin, Collet, Daunic, Duflocq, Etienne, Ferrier, Frankel, Gilles de la Tourette, Girode, Hobbs, Le Dantec, Lesage, Lion, Morel, Pic, Rispail, Sabrazez, Sacaze, Thiroloix, Thoinot, Widal, Wurtz, Zilgien.

Epreuve de 1 heure après 48 heures de préparation. — Ordre de passage : MM. Ferrier, Brunelle, Duflocq, Ausset, Daunic, Wurtz, Charmeille, Lion, Zilgien, Hobbs, Collet, Boyer, Etienne, Widal, Sabrazez, Gilles de la Tourette, Sacaze, Le Dantec, Frankel, Achard, Girode, Bosc, Morel, Pic, Thoinot, Chatin, Lesage, Rispail, Thiroloix.

Cours (année scolaire 1894-95).

Les cours du semestre d'été auront lieu dans l'ordre suivant, à partir du 1er mars 1895 :

Physique médicale. — *M. Gariel.* — Revision et applications biologiques de l'électricité. Actions moléculaires. Mardi, jeudi, samedi, à 1 heure (Grand Amphithéâtre de la Faculté).

Histoire naturelle médicale. — *M. Baillon*, — Etudes des plantes usitées en thérapeutique. Lundi, mercredi, vendredi, à 11 heures (Grand Amphithéâtre de la Faculté).

Pathologie interne. — *M. Debove.* — Maladies du système nerveux. Mardi, jeudi, samedi, à 3 heures (Grand Amphithéâtre de la Faculté).

Pathologie et thérapeutique générales. — *M. Bouchard.* — Etude des troubles de la nutrition dans les maladies, Mardi, jeudi, samedi, à 5 heures (Petit Amphithéâtre de la Faculté).

Hygiène. — *M. Proust*, — Des modifications hygiéniques. Air. Aliments. Exercices. De l'étiologie et de la prophylaxie des maladies infectieuses et contagieuses et des maladies par troubles de la nutrition. Visites au musée d'hygiène. Conférences au laboratoire. Visite de divers établissements au point de vue de l'hygiène.

Mardi, jeudi, samedi, à 4 heures. (Grand Amphithéâtre de la Faculté).

Médecine légale. — *M. Brouardel.* — Les asphyxies. Lundi, vendredi, à 4 heures (Grand Amphithéâtre).

Conférences de médecine légale. — *M. Brouardel.* — Conférences pratiques de médecine légale. Lundi, mercredi, vendredi, à 2 heures (à la Morgue).

CLINIQUES

Cliniques médicales. — *M. G. Sée.* — Lundi, vendredi, à 10 heures (à l'Hôtel-Dieu). — *M. Potain.* — Mardi, samedi, à 10 heures (à la Charité). — *M. Jaccoud.* — Mardi, samedi, à 9 heures et demi (à la Pitié). — *M. Hayem.* — Mardi, jeudi, samedi, à 10 heures (à l'hôpital Saint-Antoine).

Cliniques chirurgicales. — *M. Duplay.* — Mardi, vendredi, à 9 h. 1/2 (à l'Hôtel-Dieu). — *M. Le Dentu.* — Mardi, vendredi, à 9 h. 1/2 (à l'hôpital Necker). — *M. Tillaux.* — Lundi, vendredi, à 9 h. 1/2 (à la Charité). — *M. Berger.* — Lundi, vendredi, à 9 h. 1/2 (à la Pitié).

Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale. — *M. Joffroy.* — Mercredi, samedi, à 9 h. 1/2 (à l'asile Sainte-Anne).

Clinique des maladies des enfants. — *M. Grancher.* — Mardi, samedi, à 4 heures (à l'hôpital des Enfants-Malades).

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. — *M. Fournier.* — Mardi, vendredi, à 9 h. 1/2 (à l'hôpital Saint-Louis).

Clinique des maladies du système nerveux. — *M. Raymond.* — Mardi, vendredi, à 10 heures (à la Salpêtrière).

Clinique ophtalmologique. — *M. Panas.* — Lundi, vendredi, à 9 heures (à l'Hôtel-Dieu).

Clinique des maladies des voies urinaires. — *M. Guyon.* — Mercredi, samedi, à 9 heures (à l'hôpital Necker).

Cliniques d'accouchements. — *M. Tarnier.* — Mardi, samedi, à 9 heures (à la Clinique d'accouchements, rue d'Assas). — *M. Pinard.* — Lundi, mercredi, vendredi, à 9 heures (à la Clinique d'accouchements, Clinique Baudelocque, 125, boulevard de Port-Royal).

COURS COMPLÉMENTAIRES

Pathologie externe. — *M. Schwartz*, agrégé. — Poitrine, abdomen, organes génito-urinaires. Mardi, jeudi, samedi, à 4 heures (Petit Amphithéâtre).

Accouchements. — *M. Varnier*, agrégé. — Dystocie. Opérations. Lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures (Petit Amphithéâtre).

CONFÉRENCES

Chimie. — *M. Villejean*, agrégé. — Corps aromatiques et composés métalliques appliqués à la médecine. Lundi, mercredi, vendredi, à 1 heure (Grand Amphithéâtre de la Faculté).

Histologie. — *M. Retterer*, agrégé. — Le tube digestif et ses glandes. Foie. Pancréas. Glandes vasculaires sanguines. Poumon. Appareil génito-urinaire. Testicule. Ovaire. Eléments de la génération. Rein. Vessie. Structure des organes génitaux externes. Lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures (Amphithéâtre de l'Ecole pratique).

Physiologie. — *M. Gley*, agrégé. — Fonctions de nutrition. Génération. Mardi, jeudi, samedi, à 4 heures (Amphithéâtre de l'Ecole pratique).

Pathologie interne. — *M. Roger*, agrégé. — Maladies du cœur et des vaisseaux. Lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures (Petit Amphithéâtre de la Faculté).

Pathologie externe. — *M. Nélaton*, agrégé. — Tête, cou et rachis. Lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures (Amphithéâtre de l'Ecole pratique).

Thérapeutique. — *M. Gilbert*, agrégé. — Les médicaments. Les eaux minérales. Les régimes alimentaires. Mardi, jeudi, samedi, à 6 heures (Petit Amphithéâtre de la Faculté).

Pharmacologie. — *M. André*, agrégé. — Médicaments d'origine minérale. Mardi, jeudi, samedi, à 5 heures (Amphithéâtre de Pharmacologie).

Anatomie pathologique. — *M. Letulle*, agrégé. — Maladies infectieuses. Maladies des tissus. Lundi, mercredi, vendredi, à 2 heures (Amphithéâtre de l'Ecole pratique).

Maladies de la peau. — *M. Gaucher*, agrégé. — Dermatoses parasitaires (suite), Erythèmes, Pityriasis, Eczéma, Lichen, Psoriasis. Dimanche, à 10 heures 1/2 (à l'hôpital Saint-Louis).

TRAVAUX PRATIQUES

Physique. — *M. Weiss*, agrégé, chef des travaux. — Travaux pratiques de physique. Mardi, jeudi, samedi, de 4 heures à 6 heures.

Chimie. — *M. Hanriot*, agrégé, chef des travaux. — Travaux pratiques de chimie. Mardi, jeudi, samedi, de 8 heures à 10 heures 1/2.

Histoire naturelle. — *M. Faguet*, chef des travaux. — Travaux pratiques d'histoire naturelle. Lundi, mercredi, vendredi, à 7 heures 1/2 du matin.

Histologie. — *M. Rémy*, agrégé, chef des travaux. — Travaux pratiques d'histologie. Mardi, jeudi, samedi, de 2 heures 1/4 à 4 heures.

Physiologie. — *M. Laborde*, chef des travaux. — Démonstrations de physiologie expérimentale. Lundi, vendredi, à 4 heures.

Médecine opératoire. — *M. Poirier*, agrégé, chef des travaux anatomiques. — Exercices de médecine opératoire. Tous les jours, de 1 heure à 4 heures.

Anatomie pathologique. — *M. Brault*, chef des travaux. — Travaux pratiques d'anatomie pathologique. Tous les jours, à 2 heures.

NOUVELLES

Concours de l'externat.

Questions posées cette semaine: Fractures de la clavicule; signes et diagnostic de la pleurésie aiguë séro-fibrineuse.

A été tirée la 6e série allant de M. Robert à M. Zannellis inclusivement.

Société française d'Otologie et de Laryngologie.

La Société française d'Otologie et de Laryngologie se réunira le mercredi 1er mai 1895, à 8 heures du soir, au Palais des Sociétés savantes, rue des Poitevins, Paris.

Le titre des communications devra être adressé, avant le 10 avril, au secrétaire général.

La Société a mis à l'ordre du jour de sa prochaine réunion la discussion des questions suivantes :

1° Des bourdonnements et de leur traitement ;
Rapporteurs : MM. Miot (de Paris), Herck (de Paris).
2° Des troubles neuro-moteurs du larynx ;
Rapporteur : M. Raugé (de Challes).

Société obstétricale de France.

La troisième session de la Société obstétricale de France se tiendra à Paris, du 18 au 20 avril prochain.

Académie de Médecine.

L'Académie de Médecine a levé, mardi dernier, sa séance en signe de deuil à l'occasion de la mort de M. le professeur Regnault, ancien président.

Elle a cependant procédé à l'élection de deux correspondants nationaux dans la deuxième division :

M. J. Bœckel (de Strasbourg) et M. Comhalat (de Marseille).

Collège de France.

M. le Dr Hénocque est nommé directeur-adjoint du laboratoire de physique biologique du Collège de France rattaché à l'Ecole pratique des Hautes-Etudes.

Sérum antidiphtérique.

Depuis le 10 février, le sérum du Dr Roux est délivré dans les pharmacies au prix de 3 francs le flacon de 20 centimètres cubes. Une remise de 25 0/0 est faite aux pharmaciens.

Le sérum continuera à être fourni gratuitement aux hôpitaux et aux indigents.

Jusqu'à présent l'Institut Pasteur a délivré depuis le mois de septembre dernier 50,000 doses de sérum.

Faculté de Lyon.

Par arrêté ministériel, en date du 4 février 1895, la chaire d'hygiène de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon est déclarée vacante.

66e Année. 9e Série. Tome II — N° 8 — 23 Février 1895

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : **Dr F. de RANSE** — *Rédacteur en chef :* **Dr Pierre SEBILEAU**

Secrétaire de la Rédaction : **M. Em. EMERY**

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 28, rue Vignon

QUESTIONS DU JOUR

Le concours de l'internat.

I

La réforme du concours de l'internat est en ce moment le sujet d'une polémique à laquelle les principaux organes de la presse médicale prennent une part plus ou moins active. La *Gazette* ne saurait demeurer étrangère à un procès qui préoccupe tout le monde et qui représente la question d'actualité, la vraie question du jour. Comme pour en accentuer l'importance, la Société médicale des Hôpitaux et la Société de Chirurgie l'ont inscrit à l'ordre du jour de leurs discussions et lui ont consacré des séances qui, nous devons le reconnaître, ne semblent guère avoir avancé la solution désirée. Des propositions diverses ont été émises, parmi lesquelles il en est peu de raisonnables et de pratiques, ce qui montre la difficulté du problème, et à quels obstacles on se heurte quand on veut toucher aux institutions qui ont pour elles la force de l'habitude et le prestige de la tradition.

Evidemment le point de départ de cette campagne est légitime : les inconvénients du système actuel apparaissent chaque année avec plus d'évidence. La durée du concours augmente dans des proportions excessives, inquiétantes pour l'avenir. Le concours de 1894 s'était terminé à la fin de février, ou plutôt vers les premiers jours de mars, prolongeant ainsi de deux mois la date qui, à une époque antérieure, marquait la fin des épreuves et l'achèvement de la liste définitive. Celui de la présente année durera beaucoup plus longtemps ; car, inauguré dans la deuxième quinzaine d'octobre, il ne semble pouvoir finir avant la fin du mois d'avril, et déjà, en prévision de ce retard, l'administration a dû reporter au 1er mai l'entrée en fonctions des nouveaux élus. On peut craindre qu'il en soit de même l'an prochain, puis les années suivantes, et que la durée totale des épreuves s'allonge ainsi indéfiniment, de telle sorte qu'il est permis d'entrevoir une époque où le concours absorbera la moitié de l'année, au lieu de la durée raisonnable de deux mois et demi qui suffisait largement à une époque antérieure. Qui ne voit les inconvénients d'un tel état de choses, la fatigue qui en résulte pour les juges et pour les candidats et, corrélativement, la difficulté de plus en plus grande que l'administration éprouvera à recruter des jurys en vue d'une corvée qui absorbera le plus clair et le meilleur de leur temps? Inutile d'insister sur ce point : c'est cause gagnée d'avance, et on trouve ici un accord et une unanimité qui se rencontrent rarement lorsqu'il s'agit d'une réforme.

Malheureusement, si tout le monde est d'accord pour demander la cessation de cet état de choses, il n'en est pas de même lorsqu'il s'agit du choix des moyens propres à y remédier. Tous les projets conçus dans ce but prêtent le flanc à la critique. Que dire, par exemple, de celui qui demande la suppression de la lecture des compositions en séance publique, et qui attribue la correction des copies à un jury de lecteurs qui opèrerait dans le silence du cabinet. M. Reclus, qui s'est constitué, dans la *Gazette hebdomadaire*, le champion déterminé de ce projet, lui attribue à priori de nombreux avantages : Abréviation notable du temps consacré au jugement de la première épreuve, lequel se trouverait réduit à un mois environ, au lieu de trois mois qui représentent le minimum de la durée actuelle : sincérité absolue des opérations du jury qui n'aurait à lire que des copies anonymes, non signées, et désignées par un simple numéro d'ordre derrière lequel il lui serait impossible de pénétrer l'identité de l'auteur. Ce dernier argument aurait une valeur considérable, au dire, de M. Reclus, puisque par ce moyen l'impartialité du jury serait au-dessus de toute suspicion et qu'on n'entendrait plus ces reproches d'injustice qui forment le cortège obligé de ses opérations dans le fonctionnement actuel. Notre collègue voit encore dans ce projet un autre avantage, celui de rendre impossibles à l'avenir certaines mésaventures, comme celles des candidats qui, à la lecture, se hasardent à changer un mot ou à en supprimer un autre dans un moment de trouble, simple lapsus qui suffit

néanmoins à entacher leur honorabilité et peut compromettre pour longtemps leur future carrière. Ce dernier argument est d'ordre purement éventuel et sentimental; et conséquemment tout à fait négligeable. Mais les autres raisons que M. Reclus allègue à l'appui de son projet ne sont guère plus solides.

D'abord, la lecture des copies en comité secret nous paraît une mesure attentatoire au principe de la publicité des épreuves, tel qu'il a été admis jusqu'à présent, considéré comme la raison d'être et comme la garantie de la sincérité du concours. Puis l'impartialité des juges ne serait pas plus que par le passé à l'abri des critiques, et les reproches issus de ce chef s'aggraveraient même du silence qui planerait sur leurs délibérations. Cette sorte de huis-clos serait on ne peut plus favorable aux hypothèses désobligeantes et à la médisance. De plus, il y aurait pour les correcteurs une difficulté considérable à lire des copies écrites hâtivement, dans la bousculade de l'improvisation, obscurcies de surcharges et de ratures qui, par moments, rendraient impénétrables le sens de la phrase et la pensée véritable de l'auteur. Enfin, nous demandons où l'on recrutera ce jury et quels sont ceux qui accepteront l'ingrate mission de lire plus de 400 copies, lesquelles devront toutes passer sous les yeux de chacun des correcteurs considéré isolément. M. Reclus nous dit bien que ce seraient des examinateurs spéciaux, des professionnels, quelque chose comme les juges d'admission à l'Ecole Polytechnique. Mais d'abord les deux concours ne sont pas comparables, et il est clair, comme M. Hanot le disait l'autre jour, que l'on ne peut assimiler la médecine, où les questions de doctrine et les hypothèses tiennent une si grande place, aux sciences mathématiques et physiques, dont les problèmes comportent toujours des solutions précises. M. Reclus attribue aussi à ses professionnels une compétence spéciale qui manque aux juges ordinaires. Or, c'est là une affirmation extrêmement contestable, à laquelle on peut déjà répondre en faisant remarquer que les correcteurs en question seraient précisément choisis dans cette catégorie ou plutôt dans cette élite qui alimente les jurys actuels. D'ailleurs les théoriciens purs n'existent guère dans notre art: tout médecin est à un degré quelconque doublé d'un praticien, et on chercherait vainement chez nous l'homme de science exclusif tel qu'il se rencontre dans les autres branches des connaissances humaines. Pour toutes ces raisons, nous ne croyons guère à la possibilité de réaliser le projet dont notre collègue s'est fait le promoteur convaincu. Et nous estimons qu'il n'a guère plus de chances de succès que ceux dont il nous reste à parler.

Parmi ceux-ci, il y en a un qui a paru séduire quelques bons esprits: c'est celui des deux jurys fonctionnant parallèlement et séparément, de manière à scinder la besogne et à réduire de moitié le temps nécessaire pour chaque série d'épreuves. Les partisans de ce système n'ont sans doute pas réfléchi à ses inconvénients, qui sont d'ordre capital. D'abord, la difficulté de recruter deux jurys, c'est-à-dire quatorze juges, quand l'administration a déjà de la peine à en former un (sept juges), dans les circonstances actuelles. Puis la différence dans les appréciations de ces deux jurys, du fait seul de leur composition respective: une cote sévère opposée à une cote favorable, suivant la tournure d'esprit de chacun d'eux. Il y aurait de ce chef une source de réclamations incessantes et passionnées de la part des candidats mal servis dans le partage. En voilà assez, croyons-nous, pour faire rejeter ce deuxième projet aussi vite, sinon plus vite que le premier.

Viennent ensuite ceux qui tendent à restreindre d'avance le nombre des candidats, en établissant des catégories spéciales d'élèves qui seraient seuls admis à concourir. Entre autres celui de M. Sevestre, qui demande que l'admission au concours soit réservée exclusivement aux externes de deuxième année, et même à ceux qui ont subi avec succès les épreuves du deuxième examen de doctorat; celui de M. Thibierge, qui n'admet que les externes reçus dans les cent cinquante premiers externes de la précédente promotion: celui de M. Rendu, à peu près identique à celui de M. Sevestre, sauf quelques variantes de détail. Tous ces projets comportent à nos yeux une objection grave: c'est leur principe même, savoir la limitation préméditée du nombre des candidats à un taux arbitraire, et partant l'exclusion systématique de certaines capacités exceptionnelles auxquelles le concours donne l'occasion de se faire connaître, ainsi que cela se voit chaque année. Il est vrai que M. Sevestre a prévu cette dernière objection, en demandant l'extension de la faculté de concourir aux externes qui ont été reçus dans les cinquante premiers de la précédente promotion. Mais cette mesure d'exception n'efface pas l'objection, elle la confirme plutôt, à notre sens. Aussi nous ne croyons guère à l'adoption de ces derniers projets.

Nous passerons rapidement sur certaines propositions, comme celle de M. Fernet, qui voudrait qu'on limitât à dix minutes le temps accordé aux candidats pour la lecture de leurs compositions, proposition impraticable, la durée de la lecture étant proportionnée à la longueur de la copie, c'est-à-dire à l'abondance et à la variété des idées du candidat sur la question. Celle de M. Béclère, demandant que les deux parties de la composition soient lues séparément, la première lecture étant éliminatoire vis-à-vis de la deuxième partie, ne soutient pas mieux la discussion. En effet, il ne faut pas oublier que les deux parties de la composition écrite sont habituellement solidaires, afférentes qu'elles sont au même sujet, et qu'elles ne peuvent conséquemment être séparées sous peine de faire perdre au jury la possibilité d'établir la moyenne à laquelle le candidat a droit en bonne justice. Ajoutons que le nombre des séances de lecture ne serait guère moindre, et dès lors on ne voit guère le bénéfice que l'on tirerait de ce système au point de vue de la durée du concours.

Le seul projet raisonnable et pouvant supporter la critique est, à notre avis, celui de M. Hanot, d'après lequel il y aurait lieu d'intervertir l'ordre actuel des épreuves et de mettre l'oral en tête par ordre de priorité. On réaliserait ainsi, dès le début, une élimination et une sélection que ne comporte pas le système actuel. En effet, il est peu de candidats qui reculent devant la rédaction d'une copie dans laquelle ils peuvent déposer leurs idées sans avoir à redouter le contrôle immédiat d'un auditoire attentif et naturellement porté à la sévérité. Et presque tous se croient autorisés à tenter une lecture de laquelle, à distance, ils espèrent généralement plus qu'elle ne peut donner. Cette disposition encourage les candidats médiocres ou insuffisants, et c'est pourquoi la première épreuve dure si longtemps. Avec l'oral pour commencer, rien de semblable,

sans doute, car, les élèves mal préparés, les candidats douteux, se garderaient d'affronter le grand jour d'une séance publique, en prévision du hasard toujours possible d'une question mal sue ou même non préparée. On verrait ainsi la liste fondre et se réduire spontanément, de telle sorte que pour la composition écrite, la plus importante épreuve du concours, cette liste se trouverait naturellement réduite à la quotité disponible, c'est-à-dire à la fraction qui représenterait les candidats possibles, ceux entre lesquels la lutte doit raisonnablement se circonscrire. Il se passerait là ce qui se passe dans les concours où l'épreuve orale est la première : dans ceux du Bureau central de jadis, et à l'externat où la première épreuve orale prépare utilement la sélection pour la seconde. Quelques-uns ont objecté contre ce projet l'émotivité des candidats, le trouble qui s'empare de quelques-uns devant leurs juges. Mais c'est là un argument sans nulle valeur et qui ne saurait entrer en ligne de compte.

Si nous avions à conclure à notre tour, après cet exposé critique, nous dirions que la proposition de M. Hanot nous semble la plus raisonnable, la moins passible d'objections, la plus facile à mettre en pratique. Les commissions nommées *ad hoc* n'en décideront peut-être point ainsi ; et, dans ce cas, il n'y aura qu'à maintenir ce qui existe et conserver l'ancien mode avec ses inconvénients, comme un mal nécessaire avec lequel il faut s'habituer à vivre, faute de pouvoir le guérir. Quant à ceux qui offrent de couper le mal dans sa racine en supprimant le concours lui-même, leur opinion vaut à peine les honneurs d'une citation.

P. Muselier.

II

A la dernière heure, trop tard pour que je puisse l'envoyer à notre collaborateur Muselier, dont on vient de lire l'intéressante chronique, M. le Dr Ch. Périer, chirurgien de Lariboisière, m'adresse la copie d'un projet de réforme du concours de l'internat, projet que vient d'élaborer une commission composée de MM. Le Dentu, Lucas Championnière, Périer, Peyrot et Ricard, désignés à cet effet par leurs collègues des hôpitaux. Voici, sous forme de lettre au directeur de l'Assistance publique, le projet en question :

Paris, 20 février 1895.

Monsieur le Directeur,

Sachant que, dans le mémoire que vous présenterez à la commission de réforme du concours de l'internat, vous avez l'intention d'énumérer toutes les propositions qui ont été émises, soit dans les journaux de médecine, soit dans les réunions chargées de nommer les membres de la commission, je me permets de vous prier de joindre, à cette liste déjà longue, un projet qui me paraît utilement réalisable.

Il me semble incontestable que, si le concours se terminait toujours dans les délais convenus, on n'aurait jamais proposé de le modifier et on lui aurait laissé la forme qu'il a conservée depuis le commencement du siècle.

Un moyen qui abrégerait le concours sans le dénaturer résoudrait donc la question.

Si, en abrégeant de moitié la durée de la première épreuve, on pouvait en même temps diminuer les chances de favoritisme à l'égard des candidats et de suspicion envers les juges, on serait bien près d'avoir donné satisfaction à tout le monde.

Il me semble que ce résultat serait obtenu de la façon suivante :

Pour l'*épreuve écrite*, deux jurys fonctionneraient parallèlement. Pour qu'ils aient une même base d'appréciation, ils fonctionneraient ensemble pendant les deux premières séances. Discutant ensemble les mêmes épreuves, deux séances suffiraient pour les mettre d'accord sur le fort et le faible des copies et leur estimation en points.

A partir de la troisième épreuve, les deux jurys se disjoindraient.

Chacun d'eux serait composé de 2 médecins, 2 chirurgiens et 1 accoucheur.

Pour chacune des séances de lecture, on tirerait préalablement au sort, parmi les 4 médecins, les 2 qui feraient partie de l'un des jurys et les 2 qui feraient partie de l'autre jury. Le sort ferait la même sélection entre les 4 chirurgiens et les 2 accoucheurs.

Ce remaniement répété, et toujours livré au hasard, rendrait impossible toute coalition d'une majorité menant le concours, diminuerait sensiblement l'efficacité des recommandations et aurait, en outre, l'avantage d'équilibrer l'appréciation des épreuves, car, évidemment, si les deux jurys restaient toujours les mêmes, il pourrait se créer graduellement, et, malgré eux, une différence criante dans leurs appréciations au détriment d'une moitié des candidats et au profit de l'autre moitié.

Pour l'*épreuve orale*, on pourrait réduire le jury à sept membres en éliminant au sort un médecin, un chirurgien et un accoucheur.

Un point qui vous intéressera peut-être dans mon projet, c'est qu'il vous permettra de réaliser une économie sur les jetons de présence ; car, si vous avez dix juges aux deux premières séances de lecture, toutes les autres séances de lecture n'en comporteront que cinq. Pour trente séances de lecture, c'est une diminution de 90 jetons de présence.

Veuillez agréer, monsieur le Directeur, l'expression de mes sentiments les plus dévoués.

Ch. Périer.

La réforme imaginée par la commission des chirurgiens des hôpitaux me paraît très supérieure à toutes celles qui ont été proposées jusqu'à ce jour. Elle est d'abord très simple, ce qui, dans l'espèce, n'est pas une maigre qualité ; puis elle me semble devoir donner entière satisfaction aux juges d'une part et aux candidats de l'autre. Les premiers siégeront dans des conditions sensiblement analogues à celles où ils siégeaient autrefois et dont ils ne se sont jamais plaints. Les seconds trouveront un concours capable de leur assurer — autant que cela est permis à un concours — la juste appréciation de leur intelligence et de leur savoir. Il est difficile, je crois, de se rapprocher davantage de l'équité parfaite.

Je souhaite, pour ma part, que le projet des chirurgiens aboutisse. la réforme est juste, facile et économique. Juges, candidats, Assistance publique, chacun y trouvera son compte.

Pierre Sebileau.

TRAVAUX ORIGINAUX

Quelques complications de la scarlatine.

Par le Dr Ch. Fiessinger (d'Oyonnax).

Ce sont encore les maladies les plus répandues qui livrent la plus ample moisson de faits intéressants. Voici la scarlatine : de quels monceaux de publications n'a-t-elle pas été le prétexte ? Et cependant bien des points de son histoire demeurent obscurs.

On ne connaît pas le germe pathogène de la scarlatine ou plutôt on s'obstine à ne pas le voir : le streptocoque s'offre aux recherches des bactériologues et les bactériologues, sans qu'on sache pourquoi, relèguent ce microor-

ganisme à un rang inférieur. Ils en font un agent des infections secondaires. Comme si la vulgarité d'un germe pathogène préjugeait de la différenciation de ses effets. Attribuer à certaines toxines du streptocoque le privilège de créer à l'occasion la scarlatine n'est pas une faveur exorbitante. Qu'il s'agisse là d'une hypothèse, nous y consentons volontiers ; seulement restreindre le rôle du streptocoque scarlatineux à celui d'une infection secondaire est aussi se payer d'une hypothèse et d'une hypothèse bien plus risquée puisqu'elle néglige le germe pathogène qui s'impose pour en concevoir un autre de l'existence duquel nul n'est assuré. Tellement il est vrai qu'on commet des hypothèses sans s'en douter.

Aussi bien laisserons-nous là ce sujet dont nous nous sommes occupé précédemment (1) et que M. André Bergé (2) a développé avec talent.

Pour aujourd'hui, nous nous contenterons de signaler quelques particularités de la néphrite scarlatineuse. Les accidents pulmonaires de la scarlatine tiendront la fin de cet article.

Chacun sait que la néphrite apparaît très inégalement au hasard des épidémies de scarlatine. Cette néphrite atteint ou des scarlatineux en convalescence ou des individus que n'a pas alités une scarlatine antérieure. Dans le premier cas, il existe une néphrite scarlatineuse ; dans le second cas, on se trouve en présence d'une scarlatine fruste à forme brightique. Or, le rapport de ces néphrites scarlatineuses et de ces scarlatines frustes à forme brightique ne se répète pas dans des proportions constantes. Tantôt la néphrite scarlatineuse occupe le premier plan, tantôt c'est la scarlatine fruste à forme brightique qui retient exclusivement les regards. Et suivant que l'une de ces deux complications augmentera d'importance, l'autre pourra s'effacer jusqu'à disparaître presque complètement.

Aussi, en 1890, sur 18 scarlatineux, nous comptons quatre néphrites consécutives ; à côté de ces malades, s'alitent 19 brightiques qui n'avaient pas passé par la scarlatine. C'était l'époque où, dans d'autres villages, le brightisme tout puissant évoluait sans le concours d'une scarlatine concomitante.

En 1892, le chiffre des néphrites scarlatineuses reste très faible, comparé au nombre des scarlatines frustes à forme brightique ; une seule néphrite est observée à la suite de soixante scarlatines. Par contre, douze brightiques, dont six femmes enceintes, se mettent au régime lacté. Aucun d'eux n'avait eu la scarlatine dans les semaines précédentes (3).

Et voici que deux ans plus tard, la situation change brusquement. Non seulement, les scarlatines frustes à forme brightique deviennent fort rares, mais les néphrites scarlatineuses se multiplient à ce point que dix-huit néphrites sont soignées contre un brightique non scarlatineux. Pourquoi ce renversement dans les proportions constatées jusque-là? Nous venons de voir qu'en 1892, nous traitons une néphrite et douze maux de Bright frustes ; en 1894, à chiffre à peu près égal de scarlatines (80 scarlatines), nous traitons dix-huit néphrites et un mal de Bright fruste. Au point de vue symptomatique, rien qui distingue l'épidémie de 1894 de celle de 1892. Les formes apyrétiques et abortives avaient été nombreuses dans les deux épidémies et l'allure générale de la maladie était restée bénigne. Quant au régime, ainsi que nous le dirons dans un instant, il avait consisté dans l'usage exclusif du lait.

A formes cliniques univoques et à traitement égal, d'où vient alors cette différence qui un jour accumule les scarlatines frustes à forme brightique et le lendemain disperse ces dernières pour ne plus réunir que des néphrites scarlatineuses vraies ?

A supposer que l'agent pathogène de la scarlatine soit véritablement le streptocoque, il reste à déterminer pourquoi le streptocoque est si capricieux dans ses effets. Tantôt il ne lèse les reins qu'après une scarlatine, tantôt il s'attaque au rein directement sans être aidé dans son œuvre par la fièvre éruptive antérieurement déclarée. Toute explication susceptible de rendre compte de cette variabilité d'action nous paraît d'une témérité inutile.

Relativement à la prophylaxie de la néphrite, MM. Ziegler et le professeur Jaccoud ont fait valoir les bienfaits du régime lacté, M. Hutinel (1) a insisté sur la nécessité de l'antisepsie buccale.

Parmi nos néphrites scarlatineuses, un certain nombre n'avaient pas reçu nos soins en état de scarlatine et, partant, le régime lacté n'avait pas été strictement institué, les bouches n'avaient pas été rincées selon l'ordonnance.

Par contre, d'autres scarlatines soumises au régime lacté exclusif et à une antisepsie sévère de la gorge n'en ont pas moins été compliquées de néphrite. Tant qu'il y avait fièvre ou érythème, on n'administrait que du lait. Dans les trois premières semaines de sa convalescence, l'enfant ne se nourrissait que de potages au lait et de pain. Le séjour dans la chambre était rigoureusement gardé. Aucun écart alimentaire, aucun refroidissement ne pouvaient être accusés de l'apparition de la néphrite ; les gargarismes antiseptiques n'étaient malheureusement pas continués, une fois la guérison obtenue.

Dans ces conditions, six malades ont fait du brightisme, en dépit des mesures prophylactiques qui devaient les préserver de cette complication. MM. Hutinel et Comby (2) conseillent de maintenir le régime lacté pendant plus de trois semaines. Quatre à cinq semaines sont nécessaires, disent-ils, et les insuccès que nous avons enregistrés leur donnent peut-être raison. Seulement il est difficile en pratique de n'accorder que du lait à un enfant dont la convalescence doit réparer les forces ; l'éventualité douteuse d'un mal de Bright menaçant ne compense pas assez largement les inconvénients qui résultent d'une alimentation insuffisante, telle que le régime lacté exclusif ordonné pendant plusieurs semaines à un organisme affaibli par une fièvre éruptive.

Les accidents qui se localisent vers les voies respiratoires sont peu décrits dans la scarlatine. « Presque toutes les complications respiratoires de la scarlatine, d'après Guinon (3), ont comme cause immédiate la diphtérie, la pseudo-diphtérie ou l'albuminurie ». Sanné (4) se rapproche davantage de la vérité quand il nous dit que la constitution médicale influe sur la fréquence des phénomènes thoraciques. Ainsi notre épidémie de 1894 a coïncidé avec une reprise de la grippe endémique qui s'est peu à peu transformée en influenza.

Non pas que les complications respiratoires que nous avons relevées en dehors des néphrites soient sévères ou variées. Le praticien ne se trouve guère en présence que de toux avec ou sans signes de bronchite. C'est vers le dé-

(1) Fiessinger : Les érythèmes scarlatinoïdes (*Sem. Méd.*, 1893, p. 332).

(2) André Bergé : La pathogénie de la scarlatine (*Sem. Méd.*, 1893, p. 573).

(3) Fiessinger : Le mal de Bright infectieux primitif (*Semaine Méd.*, 12 mai 1894).

(1) Hutinel et Deschamps : Scarlatine et antisepsie (*Bull. Méd.*, 1890).

(2) Comby : Le traitement de la scarlatine (*Méd. Moderne*, 22 août 94).

(3) Guinon : *Traité de Médecine*, par Charcot et Bouchard, T. II.

(4) Sanné : *Dict. encyclop. des Sciences méd.*, art. Scarlatine.

clin de la scarlatine que la toux commence à s'entendre; à ce moment, où l'auscultation reste négative ou elle révèle des sibilances, des rhonchus, des râles humides plus ou moins fins et irrégulièrement disséminés. L'oppression est médiocre, l'état général demeure satisfaisant. Il est des malades pourtant sur lesquels la bronchite survenue est capable de prolonger la période fébrile de la scarlatine pendant une quinzaine de jours. A noter que chez une petite fille de quatre ans et demi dont la bronchite fut particulièrement tenace, les gargarismes ou irrigations antiseptiques de la gorge ne purent être pratiqués. La complication des voies respiratoires avait été précédée chez cette enfant par l'apparition d'une demi-douzaine d'ulcérations superficielles, lenticulaires, siégeant sur la face dorsale d'une langue qui était luisante et injectée.

En servant de porte d'entrée aux germes de l'infection bronchique, ces ulcérations ont-elles joué un rôle dans l'étiologie de la complication respiratoire? Nous ne le pensons pas, nombre d'enfants ayant toussé sans avoir souffert d'une inflammation préalable de la bouche.

En général, la scarlatine aime peu le tapage dans les accidents respiratoires dont elle se réclame. Broncho-pneumonies, bronchites capillaires, pneumonies, constituent autant d'exceptions. Comme le fait observer M. Sanné (1) les deux premières de ces complications, broncho-pneumonie et bronchite capillaire, appartiennent surtout aux scarlatines qui ont été précédées de rougeole ou de coqueluche à court intervalle. La pneumonie serait plus fréquente et maintes fois associée à la pleurésie; pour notre part, nous n'avons enregistré ces derniers accidents que comme une complication ultime de l'anasarque scarlatineux.

Trousseau a parlé de la gravité de la pleurésie scarlatineuse et de sa tendance à la suppuration. Sur treize pleurésies scarlatineuses, M. Sanné n'a au contraire observé qu'un seul cas de suppuration.

En face de ces divergences, le génie épidémique imploré par nos pères recouvre sa valeur. Tout est loin d'être dit sur la scarlatine et la nature de ses complications.

A L'ÉTRANGER

BELGIQUE

Etude des microbes du tube gastro-intestinal chez le cadavre.

Le *Bulletin de l'Académie royale de Belgique* (IVe série, tome VIII, n° 10, 1894) contient une très intéressante étude que **Dallemagne** a consacrée à la flore du tube gastro-intestinal. Ses recherches ne se sont adressées qu'à des cadavres, mais il a eu soin de faire les autopsies de gens morts, de maladies absolument différentes, afin d'élargir autant que possible la question. Qu'on en juge plutôt par l'énumération rapide des affections qui ont été en cause. Le travail de Dallemagne porte sur vingt observations : quatre fois, il s'agissait de choléra asiatique, trois fois de choléra nostras, deux fois de péritonite, deux fois de broncho-pneumonie (chez des enfants), deux fois d affection cardiaque. Les sept autres cas avaient trait à la fièvre typhoïde, à l'endocardite infectieuse, à la syphilis cérébrale, à la tuberculose pulmonaire, au cancer de l'estomac, au mycosis, à des altérations séniles.

Les cultures ont été faites sur bouillon et sur plaques; néanmoins l'auteur n'est pas arrivé à reconnaître tous les habitants de la cavité gastro-intestinale. Ainsi les anaérobies ont échappé à ses recherches. En outre, il y a dans le bouillon des espèces que la culture ultérieure sur plaques ne permet pas d'obtenir à l'état de pureté.

Dans cette étude qui mériterait d'être lue en entier, nous avons relevé quelques points qui nous semblent particulièrement devoir être mis en relief.

Le premier qu'il faut citer, c'est une conclusion peut-être imprévue à laquelle aboutit l'auteur. D'après ses recherches, la flore gastro-intestinale normale de l'homme paraît se réduire, et ne s'étend pas, comme on pourrait le supposer à priori; en effet, les microbes, hôtes habituels de l'intestin et de l'estomac, nombreux il est vrai, devraient encore augmenter, peut-on croire, à mesure que l'on s'obstine à les trouver. Le travail de Dallemagne l'amène à formuler une opinion opposée, comme on vient de le voir. Ce résultat, l'auteur n'a pas pu le constater directement; mais il y est parvenu en comparant avec ses recherches sur le cadavre celles que d'autres expérimentateurs ont entreprises sur les matières fécales et le contenu gastrique du vivant.

Le bactérium coli, qui tient naturellement une grande place dans ce sujet, a permis à Dallemagne d'apporter à notre connaissance des faits importants. Nous faisons allusion à la fréquence du bactérium coli dans l'estomac. Laissons de côté, en effet, les quatre autopsies qui ont porté sur les cas de choléra asiatique, sur lesquelles nous reviendrons dans un instant. Restent seize autopsies dans lesquelles le coli bacille a été vu quatorze fois dans l'estomac; c'est là un chiffre si considérable qu'on peut se demander avec raison s'il ne faut pas faire entrer en ligne de compte le reflux possible du contenu intestinal, et spécialement duodénal dans l'estomac. Dans les cas de choléra asiatique, le bactérium coli n'a pas été vu dans l'estomac d'une façon constante; il est vrai qu'il manquait simultanément dans l'intestin. Termi nons cet aperçu en disant que, dans le cas d'endocardite infectieuse, où il n'y avait pas de bactérium coli, l'auteur a rencontré du streptocoque et du staphylocoque; et que, dans les affections cholériformes, quand le microbe en question manquait, il était remplacé par un microorganisme du groupe proteus.

Par conséquent, fréquence considérable du coli bacille, réduction de la flore microbienne prise dans son ensemble: voilà les faits. Y a-t-il lieu de les rapprocher? L'auteur croit que oui, et pour lui les sécrétions du bactérium coli sont nuisibles aux autres espèces microbiennes. Il y aurait donc entre les faits cités plus haut un rapport de cause à effet.

Tels sont les principaux résultats des recherches de Dallemagne, recherches de cadavre, faites vingt-quatre à trente-six heures après la mort. Une autre question se pose, qui est en droit d'appeler également l'attention, et que l'auteur a tenté de résoudre. Il ne donne pas les solutions comme définitives, mais simplement comme probables. C'est à ce titre que nous les enregistrerons.

Quelle influence exerce sur cette flore les différents états morbides? Il faut distinguer, réplique Dallemagne, les états chroniques torpides et les maladies aiguës d'origine infectieuse. Les affections chroniques n'ont pas d'action du tout; à ce point de vue, elles n'ont donc que peu d'importance. Il en est tout autrement, si l'on considère les affections aiguës infectieuses : l'affection est-elle localisée à un organe autre que l'appareil gastro-intestinal, elle a pour effet d'introduire dans cet appareil ses microbes spécifiques. L'auteur cite à ce propos l'infection puerpérale. On ne peut pas donner une réponse aussi catégorique, si la maladie est une maladie aiguë de l'estomac ou de l'intestin. Dans ces dernières conditions, les modifications apportées à la flore normale sont multiples et variées. Il n'y a pas encore à émettre de règle générale; l'auteur y voit une lutte entre les hôtes habituels de l'intestin et ses envahisseurs. La maladie en serait la première phase; la guérison ou la mort, la seconde phase, différente suivant le triomphe des premiers ou des seconds.

Le travail de Dallemagne, on le voit, est absolument de circonstance dans l'état actuel de la pathologie. La question des infections d'origine intestinale, souvent méconnue, autrefois, prend

(1) Sanné : *Loc. Cit.*

chaque jour plus d'extension, et il est nécessaire de connaître, dans la mesure du possible, l'état de la cavité gastro-intestinale, d'en analyser le contenu avec tout le soin et toute l'exactitude qu'on peut apporter à ces recherches.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 20 février. — Présidence de M. Théophile Anger.

Sarcôme globo-cellulaire de la tête humérale gauche.

M. Reclus lit une observation de M. Heurtaux (de Nantes). Elle a trait à un malade qui était atteint d'un ostéosarcôme à cellules jeunes de la tête humérale et auquel le chirurgien de Nantes a pratiqué la résection de la moitié supérieure de l'humérus. La guérison fut rapide et, onze ans après l'intervention, il n'était point encore survenu de récidive.

M. Quénu. — Cette observation vient corroborer la thèse que j'ai défendue seul au sein de la Société de chirurgie il y a quelques années. Tous mes collègues émirent à cette époque l'avis que l'ostéosarcôme de la tête humérale était justiciable d'une seule intervention, la désarticulation de l'omoplate. Il me semblait, au contraire, et il me semble plus encore aujourd'hui, qu'il faut pratiquer seulement cette mutilation grave si les masses musculaires au milieu desquelles se fait facilement la récidive sont atteintes, mais que, si la lésion est circonscrite à l'os, la désarticulation de l'épaule peut et doit suffire. Nous pouvons même, comme le prouve l'observation de M. Heurtaux, dire que, dans les cas où la tumeur n'a pas dépassé la limite de la capsule articulaire, la résection de l'extrémité supérieure de l'humérus est capable d'assurer une guérison définitive.

De l'infection urinaire.

M. Bazy. — Le point de départ de ce travail est l'observation d'un malade qui a été pris d'accidents dont l'évolution ne peut laisser de doutes sur leur nature et leur pathogénie. Il s'agit d'un homme de 70 ans, diabétique, profitant de son passage à Paris pour consulter le professeur Y... au sujet des troubles urinaires vagues et indéterminés. Il est sondé, on ne trouve rien, et les organes paraissent en si bon état que le chirurgien n'hésite pas à permettre, pour le lendemain, le voyage dans le midi de la France, vers lequel le malade se dirigeait.

Quarante-huit heures après ce sondage qui a déterminé l'apparition de quelques gouttes de sang sur la chemise, frissons qui se répètent.

M. Bazy, appelé en consultation, sans sonder le malade, l'examine et ne constate rien ni au périnée, ni *à la prostate*, ni extérieurement sur le reste de l'urètre. Les reins sont un peu douloureux, l'urine rare et contenant un très léger nuage; du reste, aucun antécédent urinaire : langue sèche, insomnie, température presque normale, pouls rapide.

Le diagnostic fut injection urinaire à point de départ urétral, avec détermination rénale probable. Je vis le malade trois fois, l'état restait le même, et je prévoyais la fin prochaine.

Aussi, quelle ne fut ma surprise d'être rappelé 15 jours après : je constatai alors l'existence de ce qu'on appelle l'infiltration d'urine, ce qu'il convient mieux d'appeler le phlegmon diffus périurétral. Ces accidents locaux avaient apparu il y a trois jours, sans provocation, et s'étaient développés rapidement depuis 12 heures.

Nous ne pûmes opérer que le lendemain. Je fis de larges incisions. Le malade paraissait devoir guérir, quand le huitième jour, le cœur faiblit, et 36 heures après le malade était emporté. Pas une goutte d'urine n'est passée par les plaies opératoires.

L'évolution du mal peut être divisée en deux périodes :

1° Période des accidents généraux ;

2° Période des accidents locaux.

Le point de départ étant le même, une légère éraillure urétrale, ce qui prouve l'identité des deux ordres de phénomènes observés. Avant de tirer des conclusions de ces faits, j'attire l'attention sur ce point que le malade était glycosurique. Ceci pourrait montrer la gravité d'une intervention chirurgicale même minime (dans l'espèce un simple cathétérisme) chez les diabétiques. Il montre surtout que ce malade rentrait dans la catégorie des faux urinaires glycosuriques que j'ai décrits, et la connaissance de ces faits eût empêché le cathétérisme et par suite les accidents mortels qui en ont été la conséquence.

Ce fait prouve que les accidents infectieux qui peuvent atteindre les voies urinaires ont une même origine, qu'il s'agisse de ce qu'on appelle la fièvre urineuse ou bien l'infiltration d'urine.

Ces accidents peuvent et doivent être indépendants de l'urine ; celle-ci peut être à la vérité le véhicule de ces microbes, tantôt pour les déposer sur la porte d'entrée et les faire pénétrer dans l'organisme, tantôt, au contraire, pour les expulser au dehors, pouvant ainsi exercer un double rôle, rôle nuisible dans un cas, rôle favorable dans l'autre.

Les infections de l'appareil urinaire peuvent y rester localisées ou en sortir : elles peuvent être locales jusqu'à la fin ou devenir générales, c'est-à-dire infecter secondairement tout l'organisme. Elles sont primitives, c'est-à-dire nées dans cet appareil, ou secondaires, c'est-à-dire nées dans un point quelconque de l'organisme, d'où elles peuvent envahir secondairement l'appareil urinaire ou bien être à la fois primitives et secondaires, c'est-à-dire que nées dans un point de l'appareil urinaire, elles peuvent y revenir après avoir déterminé l'infection du sang. Quelles qu'elles soient, locales ou générales, primitives ou secondaires, elles rentrent toutes dans le cadre des infections dont le chirurgien doit se préoccuper.

La conception actuelle des infections urinaires doit faire rejeter celle de Velpeau qui faisait de ce qu'il appelait l'empoisonnement urineux un empoisonnement spécial. Or, nos connaissances nous forcent à faire rentrer les infections de l'appareil urinaire dans le cadre des infections de tous les autres appareils ou organes.

L'étude des infections de l'appareil urinaire doit comprendre toutes les infections, y compris l'infection gonococcienne et l'infection tuberculeuse. A tous ces points de vue ces conclusions sont opposées à celles du rapporteur au *Congrès français de chirurgie* de 1892 — (Pathogénie des accidents infectieux chez les urinaires. — Rapp. général, M. F. Guyon — pages 86 et suiv.)

Les manifestations de l'infection de l'appareil urinaire sont multiples. La fièvre, tout en étant un élément important, n'est pas toujours le plus important, surtout au point de vue du pronostic. Le mot de *fièvre urineuse* doit donc être rayé de la nomenclature, d'autant que ce n'est qu'un symptôme, et que le mot urineuse semble indiquer la participation de l'urine, ce qui consacrerait une erreur.

Si ce mot là devait être conservé, il ne devrait l'être pour cette forme (négligée dans le rapport cité plus haut) qui est analogue à l'accès de la fièvre intermittente, et qui est *peut-être* spéciale à l'appareil urinaire. Comme cet accès paraît être dû à la pénétration dans le sang des ptomaïnes dissoutes dans l'urine, ce mot de fièvre urineuse pourrait lui être appliqué en attendant une dénomination plus pathogénique.

L'évolution de l'infection varie : 1° avec le point de départ, avec sa localisation, son extension et sa généralisation; 2° avec les agents de l'infection ; 3° avec le milieu, le terrain, l'état anatomique des organes atteints — et, à ce dernier point de vue, il faut signaler l'état des reins (sclérose primitive ou secondaire, atteintes antérieures), et l'état du tube digestif.

Le traitement de l'infection est celui que l'expérience a depuis longtemps consacré. Tout en augmentant la résistance des individus par des toniques, il faut éliminer le plus possible les poisons et les microorganismes par des diurétiques et le lait sur-

tout, des antiseptiques locaux ou généraux, par des drainages le long des conduits naturels, sonde à demeure, etc., ou artificiels : incisions multiples, ablation des foyers infectieux, taille hypogas trique, urétrotomie interne ou externe, etc. C'est, en somme, la thérapeutique de toutes les infections, quel que soit l'organe atteint.

Grave hématurie par tuberculose rénale.

M. Routier rapporte l'observation très intéressante d'une malade qui, atteinte d'une simple ulcération tuberculeuse siégeant au niveau d'une pyramide, présenta des hématuries si abondantes qu'on fit le diagnostic de néoplasme du rein. L'état grave de la malade nécessita la néphrectomie. La guérison fut rapide.

M. Tuffier. — J'ai publié un cas ressemblant beaucoup à celui de M. Tuffier et une de mes malades atteinte de tuber culose rénale eut, à un moment, de telles hémorrhagies que j'opérai pour ainsi dire une moribonde. Il y a deux ans déjà; l'état général est resté excellent depuis la néphrectomie. Ces faits d'hématurie grave dans la tuberculose rénale ne sont pas très rares. On sait, du reste, que le rein saigne très facilement et que des lésions, en apparence insignifiantes, y font naître des pertes de sang très sérieuses. Dans l'espèce, s'agit-il, comme dans la tuberculose pulmonaire, de simples phénomènes congestifs, ou bien, au contraire, y a-t-il véritable ulcération vasculaire? Je ne sais : ce qu'il importe de savoir, c'est que souvent cette tuberculose rénale ne paraît pas très grave.

Cure radicale des varices.

M. Quénu. — J'ai tenu à vous présenter cette malade à qui j'ai extirpé des varices des deux membres inférieurs. Elle portait d'énormes paquets variqueux phlébitiques et avait, sur l'une des jambes, un énorme ulcère. Le résultat me paraît magnifique. L'un des membres est opéré depuis deux ans. J'ai extirpé toutes les masses phlébitiques et ensuite, tout le long de la saphène, j'ai fait une série de petites résections.

M. Schwartz. — Ce résultat est, en effet, très beau. J'ai opéré une malade qui est aujourd'hui dans des conditions absolument analogues. Mon intervention date aussi de deux ans et aucune récidive n'est survenue. Au reste, j'ai déjà fait un grand nombre de ces opérations ; elles donnent des succès vraiment étonnants.

M. Reclus. — Oui, le résultat est magnifique. Comme M. Schwartz j'ai opéré plusieurs cas semblables et j'ai obtenu des résultats vraiment excellents.

M. Championnière. — C'est là le type du succès opératoire complet. Je suis un des premiers à avoir proposé la cure radicale des varices. Mais je faisais alors des opérations plus parcimonieuses que la vôtre. Vous êtes dans le vrai : il faut réséquer largement. C'est ce que je fais aujourd'hui.

Pierre Sebileau.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 19 février.

Valeur comparative des tractions rythmées de la langue et de l'insufflation comme moyen de rappel à la vie.

M. Terrier. — Dans une précédente séance (Voir *Gazette Médicale* du 26 janvier 1895), M. Laborde a cherché à discréditer l'insufflation comme moyen de rappel à la vie chez les enfants nés en état de mort apparente. C'est, dit-il, un procédé empirique qui n'agit que par le réflexe respiratoire qu'il provoque au niveau des terminaisons nerveuses de la cavité bucco-pharyngée. Il serait, d'autre part, antiscientifique s'il faisait entrer de l'air dans les poumons, car il y introduirait de l'air saturé d'acide carbonique, l'air de l'expiration, et partant de l'air nuisible aux fonctions de l'hématose.

Je tiens aujourd'hui à examiner ces deux propositions. Tout d'abord, l'insufflation, quelque caractère empirique qu'elle revête, a déjà ramené à la vie des milliers d'enfants, et jusqu'ici la méthode des tractions rythmées de la langue ne compte pas encore de pareils états de service. De plus, la physiologie démontre, et j'en ai fait moi-même l'expérience ces jours-ci, que la première partie de l'air que nous expirons ne renferme pas d'acide carbonique. Dans le demi-litre d'air de chacune de nos expirations, les cent soixante-dix premiers centimètres cubes sont exempts d'acide carbonique, le reste en contient.

Il est donc physiologiquement démontré que, dans l'insufflation, l'opérateur n'introduit aucune trace de gaz carbonique dans les voies respiratoires de l'enfant où il ne peut faire entrer d'ailleurs que trente centimètres cubes d'air dans les insufflations ordinaires et soixante centimètres cubes dans les grandes.

Je conclurai en parlant spécialement de la méthode des tractions rythmées de la langue. Je déclare que je l'ai acceptée sans parti pris et que je l'ai mise en pratique toutes les fois que l'occasion m'en a été offerte. Mais le succès n'a pas toujours répondu à mes efforts. Au contraire, l'insufflation a dû suivre très souvent, sous peine de voir mourir l'enfant, des tractions rythmées restées impuissantes. Mon collègue, M. Pinard, a d'ailleurs parlé dans le même sens.

Finalement, les accoucheurs sont obligés de reconnaître que le procédé des tractions rythmées de la langue n'est pas exempt de déboires. Ils ne peuvent pas dire qu'il soit supérieur à l'insufflation quand ils ont les preuves du contraire. Peut-être y a-t-il, toutefois, des états de mort apparente d'origine différente qui ne sont pas justiciables d'une seule méthode de traitement.

Pathogénie du coup de chaleur.

M. Kelsch. — On a dit que l'hyperthermie était la cause principale du coup de chaleur. Or, très souvent, le coup de chaleur serait moins le fait de l'hyperthermie que d'un travail musculaire exagéré. Ou bien ce travail provoque des phénomènes hypérémiques inflammatoires du côté des viscères et de véritables fluxions pathologiques. Ou bien il s'agit de phénomènes de congestion cérébrale, ou bien de congestion pulmonaire, ou bien de troubles du côté du cœur, qui devient insuffisant dans sa tâche. On voit dans ce cas le cœur subir une dilatation aiguë de ses cavités et s'affaiblir progressivement.

Ces phénomènes peuvent se présenter chez les sujets sains, mais ils se présentent de préférence chez des sujets atteints d'une tare physiologique circulatoire, pulmonaire ou pleurale, qui entrave la libre expansion des poumons.

Il va sans dire que l'excès de température favorise l'éclosion de ces phénomènes, parce que les voies d'excrétion sont taries et l'équilibre rompu dans l'économie. Il en est de même lorsque l'organisme est surchauffé et qu'il reçoit plus de chaleur qu'il n'en peut émettre. De là les coups de chaleur chez les sujets exposés à un surchauffement continu et qui se tiennent dans l'immobilité.

En définitive, je ne rejette pas l'hyperthermie de la pathogénie du coup de chaleur. Mais je veux faire observer qu'elle ne doit pas être seule accusée. Il faut s'en prendre aussi aux tares de l'individu, spécialement aux tares viscérales congénitales ou acquises. On s'explique par là comment dans une troupe en marche, au milieu d'hommes soumis aux mêmes effets, quelques-uns seuls soient atteints par le coup de chaleur. La conclusion à tirer, c'est que, à l'égal de la pathogénie, la thérapeutique du coup de chaleur variera avec chaque sujet.

Traitement de la conjonctivite granuleuse.

M. Panas lit un rapport sur cette question, à l'occasion d'un travail de M. Malgat, de Nice ; en voici les conclusions. M. Malgat traite les conjonctivites granuleuses par l'électrolyse, qu'il répète deux fois par semaine et qui détruit les granulations au bout de quinze séances à peu près. Il implante pour cela dans les granu

lations une aiguille en acier qui se trouve en communication avec le pôle négatif d'une petite pile de Gaiffe, tandis qu'à l'autre pôle se trouve une plaque de plomb que l'on met sur le bras du malade. L'auteur a traité, par ce procédé, vingt-six cas, dont huit étaient légers, dix-sept étaient compliqués de pannus et le dernier de pannus et de suppuration abondante. La guérison aurait été obtenue dans les vingt-six cas et sans laisser d'autre trace que des taies cornéennes non indélébiles. M. Panas croit que cette statistique n'est pas suffisante, pour qu'on puisse considérer le procédé de M. Malgat, relatif au traitement de la conjonctivite granuleuse, comme supérieur à ceux qui sont connus et employés actuellement.

Traitement de l'ophtalmie des nouveau-nés.

M. Panas résume ainsi le rapport qu'il a fait au sujet de la lecture d'un travail de M. Kalt sur ce sujet.

M. Kalt a proposé de traiter l'ophtalmie des nouveau-nés par des irrigations de l'œil avec une solution de permanganate de potasse à 1/5000e. Le procédé n'est pas nouveau. Il produit d'excellents effets, mais il est insuffisant dans les cas d'ophtalmies dues au gonocoque, au staphylocoque, au bacille de Lœffler, où il faut lui adjoindre les moyens déjà connus et employés : le nitrate d'argent, la glace, les myotiques et la sérothérapie.

J. P.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 15 février.

De la persistance du bacille de Lœffler après la guérison de l'angine diphtérique.

M. Netter. — A propos de la lecture du procès-verbal, je viens confirmer les conclusions apportées par M. Sevestre au cours de la dernière séance. (Voir *Gazette Médicale* du 16 février 1895) et citer une observation qui m'est personnelle.

En 1891, à l'hôpital d'Aubervilliers, j'ai eu l'occasion d'assister à une petite épidémie de diphtérie qui est restée localisée à un pavillon spécial où elle a été introduite par un malade qui n'avait pas de fausses membranes dans la gorge. Dans cet hôpital, outre les locaux destinés aux varioleux, existe un pavillon divisé lui-même en un certain nombre de chambres dans lesquelles on isole les malades venus avec une erreur de diagnostic. L'une de ces pièces est consacrée à la rougeole, la seconde à la scarlatine et la troisième à la varicelle. Dans cette dernière salle, le 14 mai, il y avait cinq malades atteints de varicelle. Le 16 mai, un sixième malade venu des Enfants-Malades y est admis. Ce malade avait eu la rougeole; il toussait, je craignais de le voir couver une coqueluche et je l'isolai sans retard dans un autre local du pavillon, où je lui ai donné, pour le surveiller, une femme atteinte de varicelle. Peu après, la femme présente de la diphtérie ; je m'empresse alors de ramener l'enfant dans le pavillon de varicelle, après avoir pris toutes les précautions nécessaires. Néanmoins, parmi les enfants atteints de varicelle, il se produisit trois cas de diphtérie, l'un le 1er juin, l'autre le 4 juin, le dernier le 5 juin. De tous ces cas, un seul s'est compliqué de croup et a été mortel.

Il était intéressant de rechercher l'origine de cette diphtérie qui m'a d'autant plus surpris que les enfants étaient parfaitement isolés et que le personnel médical ne présentait aucune maladie.

Fallait-il attribuer cette épidémie à l'admission du dernier enfant venu des Enfants-Malades ? Dans ce cas, la contamination se serait faite en l'absence de toute fausse membrane diphtérique. Un autre enfant, il est vrai, était entré, le 14 mai, avec le diagnostic de variole et de diphtérie. La variole n'était qu'une varicelle. Quant au diagnostic de diphtérie, nous n'avions vu aucune fausse membrane à l'entrée du malade et nous l'avions rejeté. Peut-être le médecin avait-il été influencé, dans son diagnostic, par des cas de diphtérie dans le voisinage de l'enfant. Donc, même si c'est ce dernier enfant qui a répandu la diphtérie à Aubervilliers, on peut affirmer que cette contamination s'est faite en l'absence de fausses membranes.

D'un autre côté, il est permis de penser que, le premier enfant, venu de l'hôpital des Enfants-Malades, était un convalescent de diphtérie. Dans les deux cas, la conclusion est la même au point de vue qui nous occupe.

On doit rejeter, en effet, l'intervention d'une contamination de cause commune, telle que le lait ou le personnel, car l'épidémie se serait, dans ce cas, généralisée.

Finalement, on peut dire avec certitude qu'un enfant sans fausses membranes peut être la source de l'apparition de la diphtérie.

M. Catrin. — La question mise à l'ordre du jour par la communication de M. Sevestre occupe les médecins anglais depuis quelques mois déjà. Une observation publiée dans le *British Medical Journal* du 19 janvier montre bien la persistance du bacille de Lœffler dans la salive.

Deux enfants atteints de diphtérie étaient traités par la sérothérapie. Pendant deux jours on a inoculé à chacun d'eux 10 centimètres cubes de sérum. Le troisième jour, on a encore inoculé la même quantité de sérum à l'un d'eux. Ils guérirent très bien; mais, l'un eut une paralysie. Un mois après on recherche le bacille dans la salive de ces enfants et on le rencontre, mais atténué. Après la cinquième semaine il n'y a plus de bacille. Sept mois et demi plus tard, un troisième enfant est atteint de diphtérie et il a pour camarade celui des deux premiers qui avait eu des accidents de paralysie diphtérique. On se rappelle alors que ce dernier a eu la diphtérie au mois de mai précédent. On examine sa salive et on y trouve du bacille de Lœffler. Donc, le bacille de Lœffler a persisté sept mois et demi dans le mucus de la bouche.

Mais un autre point qui me paraît plus intéressant serait celui de savoir si la sérothérapie a modifié la virulence du bacille qui persiste ainsi. Dans ce sens, il faudrait faire des inoculations au cours de ces examens et établir des classifications suivant la plus ou moins grande virulence.

M. Sevestre. — Je suis absolument de l'avis de M. Catrin. Mais il conviendrait pour cela d'avoir à sa disposition un laboratoire, des instruments et des salles d'isolement. Or, pour le moment, je n'ai ni l'un ni l'autre.

A ma communication de l'autre jour, j'ajouterai maintenant une observation du Dr Mery, prise dans la clientèle de ville.

Il s'agit d'un enfant affecté d'une angine diphtérique bénigne qui a facilement guéri. On vient de faire à nouveau l'examen de sa gorge et on a trouvé, quinze jours après la disparition des fausses membranes, du bacille virulent.

Un cas d'hystérie.

M. Catrin. — Je vous présente un malade, âgé de 22 ans, qui n'a rien de nerveux dans ses antécédents héréditaires et personnels. A l'âge de 12 ans, il tombe subitement, au milieu d'un orage, frappé par la foudre. Il perd connaissance; quand il revient à lui, il n'a plus l'usage de la parole et il a de l'hémiplégie gauche. Au bout de deux mois, la parole revient, mais il confond encore les mots. Il récupère les mouvements de la jambe au bout de quatre mois, les mouvements du bras au bout de quatre ans. A cette époque, âgé de 16 ans, il commence à être sous le coup d'attaques, qui se sont renouvelées plusieurs fois dans la suite ; ces attaques durent de quinze jours à trois mois et le frappent plusieurs fois par an. Au conseil de révision, le malade se plaint de ces accidents, mais, comme il est dans une phase de rémission, on le prend pour le service. Au bout d'un mois, nouvelle attaque s'annonçant par des fourmillements dans le bras et dans l'épaule, suivis de paralysie aussitôt après. Il vient dans mon service et j'observe les faits que voici : cyanose de la main gauche et thermalgésie complète du même organe, atrophie et analgésie de l'avant-bras et du bras. L'atrophie, au niveau des parties symétriques, atteint jusqu'à cinq centimètres. Il n'y a pas de perte du

sens musculaire. Il n'y a ni anesthésie sensitive ni anesthésie sensorielle. Le champ visuel a été examiné à deux reprises différentes : le 28 janvier et le 15 février. Au premier examen, le rétrécissement était plus considérable qu'au second. Enfin, je n'ai nulle part constaté l'existence de zônes hystérogènes.

Je crois donc que mon malade est atteint d'hystérie monosymptomatique récidivante avec ces deux particularités que le bras malade est atrophié et que chaque attaque a un début et une terminaison graduels.

J'ai songé un moment à une lésion des centres nerveux survenue à l'âge de 12 ans par l'accident dont j'ai parlé au début. Mais les récidives, la thermalgésie, le rétrécissement du champ visuel m'ont fait abandonner ce diagnostic et c'est bien à celui d'hystérie monosymptomatique que je m'arrête.

Après une discussion au sujet des modifications à apporter au concours de l'internat, la Société a nommé pour la représenter au Conseil supérieur de l'Assistance publique : **MM. Hanot, Béclère** et **Bucquoy.** J. P.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 16 février.

Rôle physiologique et pathologique des neurones.

M. Dastre communique, au nom de M. Morat (de Lyon), une note où ce dernier auteur trouve difficile de supposer avec M. Duval que les expansions terminales des cellules nerveuses sont douées de mouvements (Voir *Gazette Médicale* du 9 février), car jamais l'expérimentation n'a permis de voir que les tubes nerveux soient contractiles.

De plus, l'action que le curare devrait exercer sur les plaques motrices terminales des nerfs n'apporte pas un grand appui à la théorie de M. Duval, car Claude Bernard a démontré que ce poison agit à l'extrémité centrale des nerfs que terminent les plaques motrices, et non pas au niveau de ces dernières. Aussi, dans ces conditions, faut-il se montrer très réservé à l'égard de l'hypothèse de M. Duval sur le rôle physiologique et pathologique des neurones.

L'ozone atmosphérique.

M. Foveau de Courmelles. — J'ai fait quelques expériences sur les rapports qu'il y a à établir entre l'existence de l'ozone dans l'air et les épidémies. Pendant la grippe de 1889-90, l'ozone était très abondante dans l'air ambiant, et il est nécessaire à ce propos de faire remarquer que dans la grippe il se fait une production exagérée des combustions organiques. Si l'épidémie est apyrétique, comme le choléra par exemple, il y a absence d'ozone dans l'air.

Les documents officiels m'ont appris que dans une petite ville située au milieu de forêts salubres, mais où l'air manque d'ozone, à cause de l'absorption de ce corps par les substances répandues dans l'atmosphère par une usine de produits chlorés, les enfants mort-nés sont en quantité tout à fait notable. On peut donc supposer l'existence d'actions asphyxiques électives sur les vaisseaux utérins ou fœtaux.

Enfin, j'ai organisé un service ozonométrique francais dont toutes les recherches sont identiques, grâce à l'aide de nombreux correspondants, en me servant des papiers iodo-amidonnés de Van Bastelaer et d'une échelle colorimétrique. Les observations météorologiques me permettent ainsi de constater l'état ozonoscopique, atmosphérique et épidémiologique de l'air ambiant, ce qui est d'un intérêt considérable au point de vue hygiénique. J'ai vu, par exemple, que les vents du Nord sont souvent dépourvus d'ozone, tandis que ceux de l'Ouest et ceux du Sud n'en manquent pas dans une région déterminée.

Comme conclusion de ces faits, il me semble pouvoir dire que, grâce à la météorologie qui prédit déjà la tempête et des cyclones, et qui nous fait connaître la direction des vents et la constitution ozonoscopique de l'air qu'ils déplacent, on pourra bientôt connaître les zones de violence de certaines épidémies, et celles de leur atténuation.

Evolution de l'instinct.

M. Féré. — En faisant mes recherches sur les incubations artificielles, j'ai vu que les poussins, au moment où ils sortaient de l'œuf, venaient becqueter, sans distinction aucune, tout ce qu'ils trouvaient devant eux. Au bout de plusieurs jours seulement, ils arrivent à reconnaître les substances alimentaires ; il me semble qu'on pourrait en conclure que l'instinct n'existe pas au moment même de la naissance, comme on l'admet d'ordinaire, mais qu'il ne se développe que petit à petit, et que, de plus, il est même susceptible de perfectionnement.

Vitesse de la conductibilité nerveuse.

M. Grigorescu fait connaître un procédé nouveau pour mesurer la vitesse de la conductibilité nerveuse, et ce procédé l'a amené à découvrir le fait suivant assez curieux : au membre inférieur, cette vitesse est la même dans les fibres sensitives et dans les fibres motrices, tandis qu'au membre supérieur, elle est différente dans ces deux ordres de fibres.

Analyse du liquide d'un kyste de l'épididyme.

M. Bourquelot lit, au nom de M. Girard, de Toulouse, une note où cet auteur fait savoir qu'en examinant le contenu d'un kyste de l'épididyme, il y a trouvé des spermatozoïdes disposés en amas, et une substance albuminoïde que ni la chaleur, ni l'acide acétique ne pouvaient précipiter.

Réaction spéciale des urines pathologiques.

M. Œchsner de Coninck (de Montpellier) envoie à la Société une communication dans laquelle il montre que la coloration, que prennent les urines pathologiques par le nitro-prussiate de soude et par la soude, ne reconnaît pas seulement pour cause l'existence de la créatinine, mais aussi bien celle de l'acétone.

J. P.

LES LIVRES

Société d'Editions scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois et place de l'Ecole de Médecine.

La syphilis et les maladies vénériennes, par le Dr Ernest Finger, professeur à l'Université de Vienne, traduction d'après la 3e édition allemande avec notes, par MM. Adrien Doyon, correspondant de l'Académie de médecine, médecin inspecteur des eaux d'Urlage, et Paul Spillmann, professeur à la Faculté de médecine de Nancy, correspondant de l'Académie de médecine. (1 fort volume grand in-8° avec 5 planches en chromo-lithographie hors texte, 12 fr.)

Sous une forme concise, ce traité résume, d'une façon claire et précise, les données actuelles sur les maladies vénériennes et syphilitiques. Les lecteurs y trouveront un exposé des doctrines viennoises et un tableau complet de tous les traitements appliqués à la blennorrhagie, au chancre simple et à la syphilis. A ce titre, cet ouvrage ne pourra qu'être utile aux praticiens et aux étudiants qui y trouveront un guide précieux pour l'étude et le traitement de ces diverses affections. M. le Dr Dimmer, agrégé, chargé du cours d'ophtalmologie à l'Université de Vienne, a décrit toutes les affections oculaires qui relèvent de la blennorrhagie et de la syphilis. Les éditions multiples de l'ouvrage du professeur Finger et les traductions de son livre en anglais et en italien suffisent à montrer la réelle valeur de ce traité.

Les annotations de MM. Doyon et Spillmann ont pour but de mettre en relief les théories et les méthodes françaises. Leur com-

pétence bien connue dans ces questions leur permettait de le faire avec autorité.

La blennorrhagie et ses complications, du même auteur, traduit par le Dr Hogge, de Liège. (1 vol. grand in-8°, avec 36 gravures dans le texte et 7 planches en chromo-lithographie hors texte, 12 fr.).

Le petit Compendium médical, du Dr Antonin Bossu a été, accueilli avec faveur par le public et par tous les médecins praticiens, parce qu'il donne, sous une forme aussi résumée que possible, tous les renseignements de médecine pratique usuelle qui leur sont nécessaires.

La troisième édition de ce petit livre paraît chez l'éditeur Félix Alcan; son format est celui d'un carnet, élégamment cartonné à l'anglaise, que le médecin peut constamment porter sur lui. (1 vol. in-32 de 152 pages, 1 fr. 25, franco par la poste, chez tous les libraires.)

Manuel de percussion et d'auscultation, par le Dr Paul Simon, professeur à la Faculté de médecine de Nancy. (1 vol. in-12, cart. à l'anglaise, avec gravures, 4 fr.)

Ce volume est le résumé des leçons professées par l'auteur. On y trouvera une classification rationnelle des phénomènes physiques qui se rapportent à la percussion et à l'auscultation, en même temps qu'un essai d'interprétation de certains faits mal connus basé sur les lois de l'acoustique, sur l'anatomie pathologique et sur l'expérimentation. Ce manuel sera particulièrement utile aux praticiens aussi bien qu'aux étudiants en médecine.

ACTES DE LA FACULTÉ

DU 25 FÉVRIER AU 2 MARS 1895

EXAMENS

Lundi 25 février. — Pas d'actes.

Mardi 26 février. — Pas d'actes.

Mercredi 27 février. — 5e Chirurgie (1re partie, 1re série, Hôtel-Dieu): MM. Tillaux, Ricard, Tuffier. — 5e Chirurgie (1re partie, 2e série, Hôtel-Dieu) : MM. Terrier, Jalaguier, Lejars. — 5e (2e partie, Hôtel-Dieu) : MM. A. Robin, Déjerine, Chauffard. — 5e Obstétrique (1re partie, Clinique Baudelocque) : MM. Pinard, Marchand, Varnier.

Jeudi 28 février. — *Médecine opératoire* : MM. Duplay, Quénu, Poirier. — 2e (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Hallopeau, Chantemesse. — 3e Oral (1re partie, 1re série) : MM. Le Dentu, Schwartz, Maygrier. — 3e Oral (1re partie, 2e série) : MM. Panas, Berger, Bar. — 3e (2e partie) : MM. Cornil, Gilbert, Roger.

Vendredi 1er mars. — 4e : MM. Ponchet, Landouzy, Letulle. — 5e Chirurgie (1re partie, 1re série, Charité) : MM. Tillaux, Tuffier, Lejars. — 5e Chirurgie (1re partie, 2e série, Charité) : MM. Terrier, Ricard, Jalaguier. — 5e (2e partie, Charité) : MM. Straus, Brissaud, Chauffard. — 5e Obstétrique (1re partie, Clinique Baudelocque) : MM. Pinard, Marchand, Varnier.

Samedi 2 mars. — 3e (2e partie) : MM. Raymond, Troisier, Marfan. — 4e : MM. Laboulbène, Gilbert, Ménétrier. — 5e Chirurgie (1re partie, 1re série, Hôtel-Dieu) : MM. Berger, Schwartz, Poirier. — 5e Chirurgie (1re partie, 2e série, Hôtel-Dieu) : MM. Panas, Le Dentu, Quénu. — 5e Obstétrique (1re partie, Clinique d'Accouchements, rue d'Assas) : MM. Tarnier, Maygrier, Bar. — 5e (2 partie, Hôtel-Dieu) : MM. Debove, Hanot, Charrin.

THÈSES

Mercredi 27 février. — *M. Vilenski* : De l'insuffisance rénale dans la dermatite herpétiforme de Duhring (MM. Potain, Landouzy, Brissaud, Netter). — *M. Magniaux* : Bronchite pseudo-membraneuse primitive. Etude pathogénique (MM. Landouzy, Potain, Brissaud, Netter).

Jeudi 28 février. — *M. Del-et* : Anatomie chirurgicale de la vessie (MM. Guyon, Debove, Ballet, Albarran). — *M. Laffitte* : De l'ictère émotif (MM. Debove, Guyon, Ballet, Albarran). — *M. Pradère* : Contribution à l'étude de la suette miliaire ; sur une forme nerveuse avec contractures tétaniformes généralisées (MM. Laboulbène, Joffroy, Hanot, Marie). — *M. Wormser* : Des hallucinations unilatérales (MM. Joffroy, Laboulbène, Hanot, Marie).

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

FACULTÉS

Concours d'agrégation (Médecine).

Questions de 1 heure après 48 heures de préparation.

1° Rôle du sang dans la défense de l'organisme contre l'infection ;
2° De la dyspnée ;
3° Des variations pathologiques de la tension artérielle ;
4° Les sérums antitoxiques ;
5° Des aphasies sensorielles ;
6° De l'anurie ;
7° Les vertiges ;
8° Troubles de la vision dans les maladies des centres nerveux ;
9° Des splénomégalies ;
10° Des gangrènes dans les maladies infectieuses ;
11° Des adénopathies non tuberculeuses ;
12° Les anasarques ;
13° Les urticaires ;
14° De l'insuffisance hépatique ;
15° Intoxication par l'oxyde de carbone.

Concours d'agrégation de chirurgie et d'accouchements.

Le jury est constitué de MM. Duplay, président; Tarnier, Terrier, Berger, Tillaux, Maygrier, Poncet, Gross, Forgue.

Voici les noms des candidats :

Chirurgie. — *Paris* : MM. Beurnier, Broca, Chaput, Chevalier, Clado, Dumoulin. Faure, Guillemain, Hartmann, Legueu, Lyot, Mauclaire, Péraire, Rieffel, Rochard, Thiéry, Villemin et Walther.

Montpellier : MM. Gandier, Gervais de Rouville et Lassalle.

Nancy : MM. Adam et Frœlich.

Bordeaux : MM. Binaud et Braquehaye.

Lyon : MM. Adenot, Alberlin, Curtillet, Dor, Fabre, Lagoulte, Nové-Josserand, Rivière, Tellier, Vallas et Villard.

Toulouse : MM. Aldibert, Bauby, Chamayou et Secheyron.

Accouchements. — *Paris* : MM. Basset, Bonnaire, Demelin, Laskine, Lepage et Potocki.

Montpellier : MM. Lavergne et Puech.

Nancy : M. Schuhl.

Lille : MM. Bué, Oui, Trépant et Vallois.

Quelques-uns des candidats de province sont inscrits en même temps pour plusieurs Facultés.

M. Mulon est nommé jusqu'à la fin de la présente année scolaire aide-préparateur des travaux pratiques d'histologie.

M. Terrier, professeur de médecine opératoire, est chargé, sur sa demande, et à titre de chirurgien des hôpitaux, d'un cours annexe de clinique à l'hôpital Bichat, à dater du 1er mars 1895.

NOUVELLES

Décorations académiques.

Sont nommés officiers de l'instruction publique : MM. les Docteurs Balestre (de Nice), Barbaud (de Paris), Beurnier (de Paris), Blondel (de Paris), Bouchut (de Paris), Bourgeois (de Reims), Broussin (de Marly-le-Roi), Bütterlin (de Baume-les-Dames), Dubois (de Villers-Bretonneux), Dubousquet-Laborderie (de Saint-Ouen), Emery Desbrousses (médecin principal), Frébault (de Paris), Grenier (de Paris), Lalesque (d'Arcachon), Laselle (de Lermont), Le Blond (de Paris), Lecerf (de Valenciennes), Lécuyer (de Beaurieux), Marcellin (de Sausses), Miquel (de Paris), de Soyre (de Paris), Surre (de Saint-Cloud), Tachard (de Colombes), Vendrand (de Villers-Cotterets), Vigier (de Paris), Wassermann (de Paris).

Sont nommés officiers d'Académie : MM. les Docteurs Amirault (de Londres), Bach (de Concots), Bardet (d'Anet), Bernard (de Paris), Billot (médecin-major), Binet de Jassonneux (de Meymac), Brohon (de Paris), Capitrel (de Vimoutiers), Cassagne (de Soueich), Catrin (du Val-de-Grâce), Caudron (de Paris), Chaudony (de Mézel), Chavane (de Paris), Chevalerias (de Paris), Chevalier (de Paris), Colin (de Paris), Collonges (de Bagnères), Delage (de Paris), Deléage (de Paris), Delmas-Marsalet (de Bordeaux), Doillon

66e Année. 9e Série. Tome II N° 9 2 Mars 1895

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : Dr F. de RANSE — *Rédacteur en chef* : Dr Pierre SEBILEAU

Secrétaire de la Rédaction : M. Em. EMERY

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 28, rue Vignon

TRAVAUX ORIGINAUX

De l'urémie foudroyante liée à la congestion rénale abortive.

Par le Dr Ch. Fiessinger (d'Oyonnax).

Rares sont les circonstances où une attaque d'urémie s'impose comme le signe primordial d'un trouble du rein ; plus exceptionnellement encore cette attaque d'urémie s'accompagnant d'une albuminurie abondante qui disparaît le lendemain, ne trouble que passagèrement une santé parfaite non menacée d'artériosclérose. Invasion foudroyante, guérison brusque : tels sont les caractères de cette dernière forme d'urémie dont les causes et les symptômes, à peine déclarés, se dissipent aussitôt.

M. P. Honoré, âgé de 42 ans, est un homme robuste, enclin de temps à autre à quelques excès de boisson, et qui n'a jamais été malade. Le 27 juillet 1888, sans cause appréciable, il est pris de maux de ventre ; pas de diarrhée, mais appétit moindre. Le lendemain matin, prêt à se rendre à son travail, une perte subite de connaissance le précipite sur le plancher ; on accourt pour le relever et voici que sa face est tiraillée de grimaces, des saccades convulsives secouent les bras et les jambes qu'elles jettent en un désordre de contorsions rapides et contraires.

La crise dure dix minutes : un retour complet de connaissance lui fait suite ; seulement le mal de tête qui persiste est traversé à deux reprises dans le jour par la répétition inopinée des accès convulsifs qui sont espacés de deux heures environ. Le médecin traitant ordonne du chloral.

On nous appelle à trois heures de l'après-midi. Trois crises de convulsions ont affolé l'entourage ; à notre arrivée, c'est à peine si la dernière vient de prendre fin. Sauf un peu de lourdeur de tête, le malade se sent à son aise. On ne lui découvre aucune lésion apparente : cœur sain, pouls normal.

Par contre, un signe de haute importance met sur la voie du diagnostic. Le malade n'a pas uriné depuis la veille à midi. La vessie n'étant pas distendue, il existe probablement de l'anurie par manque de fonctionnement rénal. Une sonde introduite dans la vessie ne retire qu'un demi-verre d'une urine foncée qui contient des flots d'albumine et des traces de glycose.

Séance tenante, nous pratiquons une saignée de 200 grammes. Naturellement le malade est soumis à l'usage exclusif du lait : l'application de ventouses sèches sur les reins et l'administration d'un lavement laxatif complètent le traitement.

La sécrétion urinaire se rétablit immédiatement ; les convulsions ne reparaissent plus.

Dès le lendemain, le malade se lève et le surlendemain il reprend son travail d'ouvrier en peignes. L'urine au bout de vingt-quatre heures ne renfermait plus que des traces d'albumine ; elle devient normale les jours suivants.

Or, depuis plus de six ans que notre malade a présenté ces accidents, il est resté bien portant. On ne découvre aucun indice d'une lésion rénale quelconque ; pas d'hypertension artérielle ni d'artériosclérose ; aucun de ces signes du petit brightisme sur lesquels M. le professeur Dieulafoy a attiré l'attention. Le cœur est sain, les urines restent normales, des varices à la jambe gauche sont la seule gêne accusée parfois le soir.

Et voici qu'en septembre 1894, le frère du malade précédent nous fait mander dans la nuit pour des accidents du même ordre. Ce n'est toutefois plus d'urémie convulsive qu'il s'agit. En proie à une oppression vive, hâletant, cyanosé, couvert de sueurs froides, le patient, assis dans son lit, remplit la chambre du bruit de ses râles trachéaux ; une toux quinteuse, courte, incessante lui fait expectorer dans la cuvette qu'il tient à la main un liquide filant, mousseux, sanguinolent. La sonorité pulmonaire est exagérée aux sommets ; toute la partie moyenne et inférieure du poumon droit est obstruée de râles sous-crépitants très fins d'œdème pulmonaire. La crise d'oppression qui dure

depuis deux heures cesse à notre visite. Les urines sont rares et renferment beaucoup d'albumine. Pendant qu'on applique quinze sangsues sur la région rénale, le malade, âgé de 56 ans, nous conte que, depuis quarante-huit heures, il avait mal à la tête et manquait un peu d'appétit. De temps à autre, il souffrait de digestions pénibles accompagnées d'éructations aigres. Le reste de la nuit est excellent; le malade dort. Le lendemain, 21 septembre, l'encombrement bronchique s'est dissipé, les urines qui sont abondantes, au milieu de nombreux cristaux d'acide urique montrent des cylindres hyalins et des cellules épithéliales. Il n'existe plus que des traces d'albumine. Le malade retourne à ses occupations le surlendemain; absorbé par un travail de bureau, il mène une vie très sédentaire et ressent par intervalle des troubles dyspeptiques qui s'accompagnent d'une albuminurie fugace et peu marquée. Aucun signe d'artériosclérose.

II

Assurément, pareils faits ne sont pas d'observation courante. Pour une perturbation momentanée dans le processus de la digestion, être pris d'urémie, cela n'est pas le fait du premier venu. A côté de l'albuminurie, un de nos malades présentait dans les urines des traces de glycose que l'on pouvait rattacher à une insuffisance fonctionnelle temporaire du foie. Les excès de boisson qu'il commettait parfois avaient peut-être contribué à diminuer l'énergie hépatique; en tous cas, ce n'est pas l'alcoolisme qui a déterminé les accidents urémiques dont ont souffert nos malades: l'un d'eux était très sobre et ne se livrait à aucun écart alimentaire. Il est plus rationnel d'accuser chez ces deux urémiques, qui étaient frères, une sensibilité spéciale du rein due à une prédisposition de cause obscure: les renseignements sur les antécédents héréditaires sont peu précis, les parents étaient morts âgés. Les malades ont fait de la congestion rénale comme des enfants font de la néphrite pour une application de mouche de Milan. M. le professeur Renaut (de Lyon) (1), consécutivement à l'application d'une mouche de Milan du diamètre d'une pièce de vingt sous, a vu une néphrite cantharidienne survenir chez un enfant atteint de mal de Pott au niveau des trois premières vertèbres dorsales. Là, le système nerveux, ajoute le maître lyonnais, déjà réellement comprimé, était plus facile à mettre en irritation.

C'est, en effet, le système nerveux, par la vaso-dilatation qu'il commande, auquel doit être imputé l'œdème probable du rein présenté par nos malades.

Cette opinion est exprimée par M. le professeur Renaut, dans les termes suivants. « J'expliquerai ces faits, jusqu'à nouvel ordre, par une congestion aiguë des reins amenant un œdème mécanique qui annule le rein, conformément à ce que j'ai établi dans ma communication déjà ancienne à l'Académie de médecine sur la fausse imperméabilité du rein brightique. Le tissu du rein étant inextensible, l'œdème produit sous pression et d'une manière intense, n'ayant pour se développer que les bandes étroites de tissu conjonctif qui sont les satellites des vaisseaux interlobulaires, cet œdème prend place dans ces bandes et comprime les vaisseaux afférents de tous les glomérules du lobule. Celui-ci est alors fonctionnellement annulé, soit relativement et il y a albuminurie comme quand on comprime ou lie l'uretère rénale, soit tout à fait et il y a anurie, les urines émises étant celles sécrétées par le rein non encore œdémateux ».

L'œdème du rein, ajoute M. le professeur Renaut, est déterminé par le système nerveux qui fait de la vaso-dilatation brusque, soit une lésion du bulbe, ce qui est rare, soit, et c'est le cas de nos malades, sous l'influence de toxines innominées qui viennent influencer les vaso-moteurs du rein.

Cette pathogénie est très vraisemblable. Empruntant une haute valeur à l'autorité du maître qui l'a émise, elle rend compte à la fois de l'intensité et de la fugacité des troubles offerts par nos deux urémiques.

A noter chez l'un d'eux l'expectoration albumineuse qui accompagnait sa crise dyspnéique et chez l'autre l'état de santé parfaite dans lequel il demeure depuis six ans. L'invasion de l'urémie, sans prodromes marqués, sans signes d'artériosclérose, justifie le nom de foudroyante que nous lui avons octroyée, et quant à la congestion rénale, elle est bien abortive, puisqu'en vingt-quatre heures tous les symptômes rénaux sont dissipés.

(1) Communication écrite.

REVUE DES MALADIES DE L'ENFANCE

I. Contribution à l'étude de l'allaitement maternel, par Madame Bronislas Dluski.

II. Troubles et lésions gastriques dans la dyspepsie gastro-intestinale chronique des nourrissons, par Marie Hopper-Blackler-Kalopothakès.

III. Observations sur le rôle de l'eau de chaux dans l'allaitement artificiel et le régime lacté exclusif, par Anatole Boury.

IV. Réformes et améliorations proposées pour la protection médico-légale des enfants du premier âge, par Auguste Courtault.

V. Le spasme de la glotte dans la coqueluche, par Joseph Bouniol.

VI. Considérations cliniques sur l'érysipèle dans l'état puerpéral.

VII. De la varicelle dans le cours de la rougeole et de la scarlatine.

VIII. Scarlatine pharyngée — quelques-unes de ses infections secondaires aux organes voisins.

I. — Les questions d'hygiène et de pathologie infantiles sont d'un tel intérêt, si variées et si complexes qu'après tous les travaux des maîtres, les élèves trouvent encore à glaner.

C'est ainsi que dans le seul mois de juillet de la présente année huit des thèses qui ont été soutenues à la Faculté sont consacrées à certains points de l'hygiène de l'enfance, ou à des maladies à peu près exclusivement infantiles.

A tout seigneur, tout honneur, et le Français étant galant de naissance et par tradition, il nous paraît tout naturel de présenter d'abord nos confrères de l'autre sexe, Mmes Bronislas Dluski et Marie Kalopothakès. Ces dames ont écrit l'une et l'autre deux thèses fort remarquables et très documentées, la première surtout, consacrée à l'allaitement maternel.

Il va sans dire que Mme Dluski préconise cet allaitement à l'exclusion de tout autre et qu'elle appuie son opinion de documents et de statistiques sérieux. Mais elle a pris la question par

un côté original. Elle s'est demandée tout d'abord si, étant donnée l'obligation morale et physiologique qui s'impose à toute mère de nourrir son enfant, la Nature — ou la société — lui en fournissaient toujours les moyens.

On sait, de reste, que la société en général, et même la nôtre à l'heure actuelle, bien que fortement démocratique, n'aide que dans une faible mesure la mère, dans sa tâche. Ce progrès se réalisera peut-être au vingtième siècle, à moins que ce ne soit dans le cours du suivant... ou des autres.

Mais la Nature? La Nature, qui fait éclore le germe dans l'utérus, fournit-elle par sa mère, à l'enfant une fois né, l'aliment exclusif qui puisse le faire vivre?

Pour résoudre cette question, Mme Dluski a eu la patience d'étudier la montée du lait et sa sécrétion subséquente (abondance, qualité, durée) chez 500 (cinq cents) femmes de la Clinique Baudelocque et, de cet examen, notre confrère croit pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° Les femmes, à peu d'exceptions près, peuvent toutes être de bonnes nourrices;

2° Plus des 4/5es des femmes le sont dès le début de l'allaitement;

3° Presque toutes les autres le deviennent après un temps plus ou moins long;

4° Les cas d'agalactie sont excessivement rares, l'agalactie absolue n'existe pas;

5° La nécessité d'interdire l'allaitement s'impose très rarement; (ici nous ferions de fortes réserves à propos de l'adverbe *très*, placé au-devant du mot rarement).

Ils ne sont que trop nombreux, en effet, les cas où un médecin prudent doit interdire à une mère trop jeune, ou tarée, ou mal nourrie, ou trop pauvre — ou trop riche — d'allaiter son nouveau-né.

A noter aussi, dans cette thèse, la mention des femmes de la Souabe, chez lesquelles une longue tradition et certains préjugés ayant, depuis des siècles, presque supprimé l'usage de l'allaitement au sein, la fonction et l'organe ont à peu près disparus. L'aspect de cette population doit être singulier et peu suggestif.

Mme Dluski termine son étude par un chapitre très intéressant, traitant de l'influence de la grossesse sur l'allaitement, laquelle ne serait pas aussi désastreuse qu'on le croit d'habitude. L'auteur nous fournit, en outre, de nouvelles données sur la courbe d'accroissement de poids du nourrisson pendant les premiers mois. L'augmentation moyenne de 25-28 grammes par jour devrait être majorée; je le crois aussi.

II. — Avec Mme Kalopothakès, nous entrons dans la physiologie pathologique du nourrisson. Les préceptes ci-dessus n'ont pas été suivis. L'enfant a ingurgité des substances indigestes; son estomac s'est révolté, son intestin ne digère plus ou digère mal. Quels désordres observe-t-on dans ces organes? Ceux de la gastrite mixte, à la fois interstitielle et parenchymateuse; hypertrophie des glandes avec irritation formative de cellules atypiques, etc., d'où sécrétions troublées dans leur nature et leur quantité, vomissements, diarrhée, etc., et empoisonnement consécutif de tout l'organisme; comme suite, dépérissement et athrepsie si l'on ne porte un remède à ces maux. Mais lequel? Avec Marfan, Mme Kalopothakès préconise le lavage à grande eau de l'estomac et de l'intestin, les antiseptiques, et surtout, par-dessus tout, l'allaitement au sein. Et elle donne les raisons déjà connues de l'indigestibilité du lait de vache, en opposition à l'eupepsie du lait féminin.

III. — La thèse suivante nous fournit contre ces accidents, et mieux pour les prévenir, un remède connu, mais moins employé que l'auteur, M. Boury, parait le désirer. Ce remède, c'est *l'eau de chaux seconde*, dont notre confrère n'est pas loin de faire une sorte de panacée, puisqu'il lui attribue, non pas peut-être la cure, mais l'aide fort grande apportée à la cure d'une fièvre typhoïde...? En tout cas, cette drogue empêche la fermentation *intus* et *extra* du lait, corrige l'acescence des sucs gastriques et intestinaux, et rend vraiment de grands services (j'ajoute mon témoignage à celui de mon confrère et de bien d'autres) dans l'allaitement artificiel du nouveau-né ou de la diète lactée des adultes.

IV. — M. Courtault, qui a été plusieurs années médecin-inspecteur des enfants du premier âge, demande, dans une longue brochure, la revision de la loi Roussel. L'idée est généreuse et part d'un bon naturel, mais elle me parait impraticable et même inutile, pour le moment du moins. Les arguments de notre confrère, bien qu'enveloppés d'un peu trop de fleurs, de compliments et d'éloges à l'adresse d'illustres...(?) personnages, peuvent être très topiques, mais ne convaincront pas ceux qu'il faudrait convaincre.

Son homélie n'aura pas plus d'effet qu'une certaine philippique écrite en 1881 et de moi bien connue, et elle n'aura pas d'effet, par la bonne raison que ceux auxquels nous nous adressons restent persuadés que la loi, telle qu'elle a été libellée, est un glorieux chef-d'œuvre d'hygiène philanthropique.

Or, la force des choses et l'expérience, après avoir démontré que cette loi était absolument inapplicable, ont réalisé peu à peu toutes les réformes plusieurs fois réclamées.

A l'heure actuelle, ce sont les médecins-inspecteurs, seuls, sous la direction des inspecteurs départementaux, qui appliquent la surveillance prescrite par la loi de 1874, et cette surveillance est bien faite et suffisante, puisque la mortalité des enfants, ainsi protégés, oscille depuis plusieurs années entre 7 et 10 0/0.

Tenons-nous satisfaits, cela me parait plus prudent que de rêver une revision qui, loin de les améliorer, aggraverait peut-être les choses.

V. — Nous arrivons maintenant à la pathologie proprement dite, chapitre des maladies infectieuses et transmissibles. Le champ est vaste et fraîchement retourné, nous allons sans doute y faire lever quelques idées nouvelles.

C'est d'abord M. Raoul Poullain qui nous apporte une contribution à l'étude de l'association, chez le même malade, de la varicelle, de la rougeole et de la scarlatine, toutes les trois ensemble ou groupées deux à deux.

Un seul cas est relaté du funèbre trio, mais typique et terrible, un vrai guet-apens poly-microbien, aggravé de complicité administrative (1) et qui coûta la vie à une fillette de deux ans.... on la perdrait à moins. — Les autres faits ne nous apprennent rien de bien nouveau; les deux maladies évoluent parallèlement sans se gêner ni s'aggraver l'une l'autre; à retenir cependant la fréquence de l'inflammation gangréneuse autour de pustules varicelliques, nées sur un terrain déjà contaminé.

VI. — M. Bouniol nous signale un épisode fâcheux, et qui peut être grave, de l'évolution de la coqueluche; le spasme de la glotte. L'auteur a tenté dans un cas les tractions rythmiques de la langue qui n'ont pas paru produire grand effet. C'est évidemment au traitement préventif qu'il faut avoir recours.

VII. — L'érysipèle de la face est-il ou n'est-il pas une complication grave de la grossesse et des couches? Le microbe dont il procède et qui est identique à celui de l'infection puerpérale peut-il créer de lui-même, et par sa seule présence, cette terrible complication? La théorie dirait oui, les faits répondent non, du moins dans tous les cas où les préceptes d'une antisepsie sévère et méthodique ont pu être appliqués. Nouveau triomphe par conséquent à l'actif de la méthode, ce que constate expressément l'auteur, M. Joseph Chaminade.

VIII. — Le titre de cette dernière thèse : *Scarlatine pharyngée* :

(1) *Loc. cit.*, page 25, où il est dit que l'infirmière qui donnait ses soins à la petite fille déjà atteinte de scarlatine et de varicelle était chargée en même temps du service des rubéoleux.

quelques-unes de ses infections secondaires aux organes voisins, suffirait à caractériser une époque scientifique.

Il est certain qu'il y a trente ans, aucun professeur n'aurait songé à indiquer à un élève une étude de ce genre et encore moins à l'étiqueter de cette façon : Scarlatine pharyngée.

L'ancienne clinique nous avait appris que, de même que la rougeole ou la variole, la scarlatine était une maladie générale, *totius substantiæ*. L'angine qui la caractérise si nettement n'était alors que l'un des phénomènes, comme l'érythème subséquent, de son évolution.

Les récentes études de la bactériologie ont incité quelques auteurs à rompre ce faisceau, et à enlever à la scarlatine son caractère de spécificité. Le tour des deux autres viendra sans doute bientôt. Comme l'érysipèle, par exemple, la maladie rouge reconnaîtrait pour cause un streptocoque plus ou moins banal, dont les variations de la virulence créeraient : ici, la scarlatine fruste, apyrétique ou très bénigne et à peine contagieuse ; et là, au contraire, la pyrexie ultra-contagieuse, éminemment toxique et si souvent mortelle. M. Fiessinger s'est fait ici-même le défenseur de ces idées, et il faut reconnaître qu'il a développé sa thèse avec une verve et une abondance d'arguments suffisants à ébranler, tout au moins dans leur base, les anciennes théories.

M. H. Cohanesco ne croit pas cependant que le procès soit définitivement jugé, et il en donne de bonnes raisons. Nous reviendrons prochainement sur ce sujet intéressant à propos précisément de trois cas de scarlatine en apparence spontanés et observés par nous l'année dernière. Contentons-nous pour aujourd'hui de rappeler avec notre auteur les principales infections secondaires du virus scarlatineux. Les plus fréquentes et les plus graves, après la néphrite classique, atteignent l'oreille moyenne 14.2 fois sur cent ; elles y déterminent l'inflammation purulente, et par suite de la dureté d'oreille 6.2 fois pour cent (chiffre double de celui de la rougeole) et la surdi-mutité 14 fois sur cent..... Trousseau avait raison de redouter cette pyrexie infectieuse à l'égal des pires calamités.

Dr A. Cornveaud (de Blaye).

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 22 février.

Varices sous-cutanées abdominales d'origine lymphatique au cours de la cirrhose atrophique.

M. Hanot. — Au mois de juillet 1894, j'ai eu l'occasion d'observer deux cas de varices sous-cutanées abdominales au cours de la cirrhose atrophique : l'un dans mon service, l'autre dans la clientèle de ville. Bien que je n'aie pu faire l'autopsie d'aucun d'eux ni me munir d'observations complètes, j'apporte à la Société la description de mes malades avec les quelques réflexions qu'ils m'ont suggérées.

C'est, en effet, la première fois que j'observe des cas de ce genre. Dans la littérature médicale je n'en ai pas trouvé d'exemples et mes collègues, à qui j'ai communiqué ces faits, m'ont assuré qu'ils n'avaient jamais rien vu de semblable. J'estimai, tout d'abord, que ces varices étaient dues à l'ascite de la cirrhose concomitante. La ponction de cette ascite, qui nous donna un liquide purement séreux et renfermant de nombreux leucocytes, fut en effet suivie de la disparition presque totale de l'épanchement péritonéal.

Mais, je le répète, c'est tout simplement en raison de leur inaccoutumance que j'apporte ces faits et je ne veux pas chercher davantage à les expliquer, pour le moment du moins.

Cependant, je sais que les varices sous-cutanées de l'abdomen ont été décrites par les chirurgiens. Kœberlé et Péan en ont cité des observations. Péan rapporte l'observation d'un corps fibreux de l'utérus comprimant les lymphatiques qui se rendent aux ganglions de l'atne. Enfin, dans les cas cités par les chirurgiens, on signale la présence de varices situées à la partie supérieure et interne de la cuisse.

Je dois dire que cette localisation, je ne l'ai pas rencontrée, c'est là, à mon avis, la seule différence entre mes observations et celles des chirurgiens. Néanmoins, il s'agirait donc, pour eux, comme pour moi, de varices dues à une complication de l'ascite. Je crois, pour le moment, que ces varices sont le fait de la gêne circulatoire supportée par le système lymphatique abdominal. J'espère que, plus tard, d'autres faits pourront venir éclaircir cette pathogénie.

Des pleurésies sero-fibrineuses.

M. Fernet. — On sait qu'il y a peu de temps encore, on divisait les pleurésies en deux classes, comprenant celles qui étaient tuberculeuses, et celles qui ne l'étaient pas. Le problème du diagnostic d'une pleurésie ne se posait qu'avec ces deux éléments. Aujourd'hui, grâce à la bactériologie, on peut pousser la question plus à fond, ce qui permet à la fois de porter un pronostic scientifique et d'instituer un traitement mieux en rapport avec l'état de l'affectiou.

Sur ce sujet, l'on a fait des travaux nombreux aboutissant à des conclusions dissemblables, mais dont souvent le champ d'études était trop limité, car leurs auteurs ne considéraient que des pleurésies tuberculeuses et des pleurésies non tuberculeuses. M. Landouzy considère comme tuberculeuses toutes les pleurésies primitives, jadis rapportées au froid, qui en la circonstance ne joue plus qu'un rôle accessoire. M. Netter, s'appuyant non seulement sur la clinique, mais encore sur l'expérimentation et l'examen bactériologique, qui sont les deux puissants auxiliaires de cette dernière, accorde également une place prépondérante aux pleurésies tuberculenses, et ne laisse qu'un rôle secondaire aux pleurésies simples. Ces deux opinions me semblent pécher par excès. Déjà Chauffard et Gombault, par leurs recherches expérimentales, ont établi que les pleurésies sont tuberculeuses dans un peu plus de la moitié des cas, alors que celles qui sont indépendantes de la tuberculose atteignent à peu près la moitié du chiffre total sur lequel ont porté les travaux de ces auteurs. Plus tard, Talamon nous apprend qu'il a rencontré des microorganismes divers dans la pleurésie dite tuberculeuse, et il nous montre que, si le bacille de Koch peut donner naissance à un épanchement pleural, bien d'autres microorganismes en sont aussi capables, comme le diplocoque lancéolé et différents microbes du mucus bronchique qui sont transportés sur la plèvre.

Entre toutes les études faites sur le sujet qui m'occupe, et que d'ailleurs je ne veux pas citer, n'ayant ni l'intention ni la prétention de vous tracer un historique complet de la question, il faut faire une place à part au mémoire de Kelsch sur la nature de la pleurésie. Il se défend tout d'abord de rattacher à la tuberculose, comme on le lui a fait dire bien à tort, toutes les pleurésies dites primitives. Puis, il montre que la spécificité étiologique est le trait saillant de l'histoire de la pleurésie, comme de celle des affections de toutes les séreuses. Mais, pour lui, l'infection causale de la pleurésie est due au pneumocoque, au streptocoque, au staphylocoque et à tous les agents microbiens de la bouche, du pharynx, du nez qui peuvent se porter dans le système lymphatique pleural. Mon travail est fait pour soutenir des conclusions analogues à celles de Kelsch, et ces dernières me paraissent avoir d'autant plus de valeur que je ne connaissais pas le mémoire de Kelsch quand j'ai écrit ma communication. Je tiens à montrer que la pleurésie ne mérite pas toujours la *mauvaise réputation* qu'elle a dans le monde, et à laquelle les médecins n'ont pas peu contribué ; le pronostic de la pleurésie dépend de sa cause, et c'est pourquoi il est absolument nécessaire d'établir une classification des pleurésies séro-fibrineuses.

Classification. — Je crois qu'une bonne classification des pleurésies ainsi définies doit être basée sur l'étiologie. Il faut uniquement s'en rapporter à l'envahissement de la plèvre par les organes pathogènes, que cet envahissement soit primitif ou secondaire. Pour moi, l'invasion de la plèvre est le plus généralement secondaire et l'on doit penser que les agents infectieux viennent dans cette séreuse après avoir évolué dans le poumon en y déterminant soit des pneumonies, soit des bronchites passées le plus souvent inaperçues.

Cliniquement donc, tantôt c'est la maladie primitive, véhicule du germe morbide, qui se présente avec le tableau de signes le plus considérable; tantôt la pleurésie secondaire à cette maladie primitive se développe concurremment à elle et offre le même aspect clinique; tantôt enfin, c'est la pleurésie qui l'emporte et dont les signes seuls se révèlent au médecin. Aussi, me semble-t-il juste de penser que la plupart des pleurésies considérées autrefois comme primitives sont loin de l'être, mais qu'elles ont au contraire évolué consécutivement à une maladie primitive plus ou moins latente.

Il suit de là que l'on peut, selon moi, classer les pleurésies de la façon suivante : ou bien en se basant sur la maladie primitive, ou bien en se basant sur l'agent pathogène apporté par cette maladie primitive. Et il me semble que cette dernière base est supérieure à la première. Elle me paraît plus scientifique et aussi plus proche de la certitude. C'est en m'y rattachant que je présente ce tableau qui m'est personnel. Il représente une statistique de vingt cas décomposables ainsi qu'il suit :

Pleurésies à pneumocoques, 4 cas	20 0/0
— staphylocoques, 6 cas	30 0/0
— bacille d'Eberth, 1 cas	5 0/0
— bacille de Koch, 3 cas	15 0/0
— à examen négatif, 6 cas	30 0/0

J'ai adjoint à ce travail toutes les observations que je me dispense de vous lire.

Diagnostic. — Pour présenter une étude clinique de ces pleurésies, le mieux est, je crois, d'examiner à part chacune des espèces. Je vais donc les passer rapidement en revue.

Pleurésies à pneumocoques. — De mes observations de pleurésies à pneumocoques, je conclus que le nombre de ces pleurésies est plus grand qu'on ne se l'imagine. On ne signale, dans la réalité, que les cas où l'épanchement est de toute évidence. Mais, à côté de ces cas indubitables, il y en a mille autres tout aussi certains quoique moins apparents. On sait, en effet, que la pleurésie est de règle dans les inflammations pneumoniques superficielles du poumon. Elle ne se manifeste, la plupart du temps, que par un simple exsudat fibrineux ou par un épanchement vraiment très faible et dont on ne tient pas compte. Mais, d'autres fois, la pleurésie devient le phénomène capital au cours de la pneumonie laissée, de ce fait, dans l'ombre. Quoi qu'il en soit, je suis convaincu que beaucoup de pleurésies d'origine pneumonique passent inaperçues ou sont négligées; il importerait cependant de les reconnaître au point de vue du pronostic comme j'aurai l'occasion de le redire à la fin de cette étude. Je crois pourtant que l'on peut étayer le diagnostic des pleurésies à pneumocoques avec les données fournies par la clinique.

Le début de ces pleurésies est brusque, avec un frisson initial prolongé et unique. La fièvre s'établit d'emblée et atteint les chiffres de 40 et 41 degrés. Le pouls est fréquent. On compte jusqu'à 120 pulsations par minute. Ensuite, s'établit un point de côté violent et persistant, localisé sous le mamelon ou bien plus ou moins diffus, quelquefois même avec les caractères du point de côté de la pleurésie diaphragmatique. Il se montre, en même temps, une toux sèche ou bien accompagnée d'une expectoration plus ou moins abondante, visqueuse et à consistance de gomme. Vers le troisième jour apparaît l'herpès naso-labial, et c'est là, selon moi, un symptôme d'une grande valeur diagnostique. La langue revêt l'aspect d'une langue infectieuse, elle se recouvre d'un enduit épais, jaunâtre en son centre, tandis que ses bords sont rouges. En somme, tous ces symptômes ressemblent fort, ainsi qu'on le voit, aux symptômes de la pneumonie. Mais il y a avec cela les signes d'un épanchement pleural certain. Le septième jour, il se produit une crise avec une forte transpiration et un abaissement très marqué de la température; celle-ci, cependant, n'offre pas la chute remarquable et rapide de la pneumonie. Cette crise, au lieu de durer douze heures, se continue pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures. Enfin, dans la pleurésie à pneumocoques, l'épanchement est jaune-verdâtre et donne un caillot fibrineux d'un gros volume. L'épanchement persiste de quinze à vingt jours avec la dyspnée. Au bout de ce temps, il se résorbe. La plèvre, alors, ne présente plus que des plastrons séro-fibrineux accolés à ses parois. Si l'on fait une ponction après le quinzième jour, il est rare que le liquide se reproduise.

En définitive, on est donc en droit d'affirmer que la pleurésie à pneumocoques, dont le diagnostic a été bien établi, présente un pronostic nettement bénin, une guérison assurée sans rien de menaçant pour l'avenir du malade.

Pleurésies à staphylocoques. — Ces pleurésies se présentent avec un début et une évolution subaigus. Tout d'abord, léger frisson avec point de côté peu intense et toux sans expectoration. Cela dure de quinze jours à trois semaines. Il se fait un gros épanchement qui remplit la moitié ou les deux tiers de la cavité pleurale et l'on se voit obligé de pratiquer la thoracentèse. On retire un liquide séreux, moins verdâtre que celui de la pleurésie à pneumocoques. Il renferme aussi moins de fibrine. L'épanchement se reproduit plusieurs fois et plusieurs fois l'on doit faire la thoracentèse. Néanmoins, la guérison est la règle dans cette variété de pleurésie. Quant aux phénomènes généraux, ils se montrent vraiment peu accusés. La seule oppression est la conséquence de l'abondance du liquide épanché. Je crois cependant que l'on est obligé de diviser les pleurésies à staphylocoques en deux catégories, conformément aux deux variétés de staphylocoques que l'on y rencontre : le *staphylococcus albus* et le *staphylococcus aureus*. C'est la variété albus qui est la plus fréquente, soit qu'on la rencontre seule, soit qu'on la rencontre associée à d'autres microbes. J'ai trouvé l'albus sept fois et l'aureus une seule fois. Mais je n'y insiste pas plus longtemps, car ces deux variétés de pleurésies à staphylocoques ne sauraient se différencier dans la clinique.

Pleurésies à bacille d'Eberth. — Je n'ai qu'une observation de pleurésie à bacille d'Eberth. Il s'agissait d'un malade atteint de fièvre typhoïde, et chez lequel apparut une pleurésie. La pleurésie, dans ce cas, se montre le plus souvent latente, avec des symptômes fonctionnels peu accusés, de la gêne et de la douleur en rapport avec la quantité du liquide épanché. Ce liquide, c'est un liquide fibrineux plutôt hémorrhagique (observations de Kelsch, de Charrin et Roger et de moi). Dans ce liquide, enfin, on trouve le bacille d'Eberth.

Pleurésies tuberculeuses. — J'ai trois observations dans lesquelles le bacille de Koch a été directement constaté dans le caillot. Toutefois, dans deux de ces observations, le staphylococcus albus siégait à côté du bacille de Koch. D'autre part, dans une troisième observation, où l'examen bactériologique est resté négatif, il s'agissait cependant d'un tuberculeux avéré. Chez ce malade, quel avait donc été le microbe auteur de l'épanchement ? Vous le voyez, je rapproche ces faits incertains, ils ne manquent pas d'intérêt et nous obligent à certaines réserves pour le moment. Mais, dans le plus grand nombre de cas, les pleurésies chez les tuberculeux sont des pleurésies sèches ou à petit épanchement. Dans la tuberculose péritonéo-pleurale, cependant l'épanchement est généralement assez abondant pour déterminer l'intervention. Mais je tiens à revenir sur ces pleurésies tuberculeuses où l'on a rencontré dans le liquide le staphylococcus albus. Dans ces cas-là, l'épanchement ne pourrait-il pas être dû à une infection secondaire ? C'est un problème que je pose; je n'ai pas présentement les moyens de le résoudre. Je crois néanmoins qu'il y aurait un

intéressant travail à faire sur ce sujet. Je dirai même plus; je crois que l'histoire des pleurésies tuberculeuses est tout entière à refaire. Dans ce sens, je serais d'avis de diviser les pleurésies tuberculeuses en les deux catégories que voici : *a*) pleurésies sèches; *b*) pleurésies avec épanchement, dans lesquelles l'épanchement serait consécutif à une infection secondaire (staphylocoque, streptocoque, bacille d'Eberth).

Pleurésies de nature indéterminée; examen négatif. — Si, dans cette classe de pleurésies, la bactériologie ne peut pas nous donner de signe de certitude, du moins avons-nous la clinique dont nous pourrons tirer quelques renseignements. Le début de la maladie, en effet, les symptômes de la période d'état, l'évolution nous permettront dans une certaine mesure de savoir dans quelle classe de pleurésies doivent rentrer celles que le microscope n'arrivera pas à déterminer. C'est ainsi que sur les six pleurésies qui dans ma statistique forment cette catégorie, l'une est sans doute tuberculeuse; pour les cinq autres, l'hypothèse de tuberculose est bien improbable. Les trois premières me paraissent d'origine pneumococcique, les deux autres enfin d'origine staphylococcique; ceci basé, je le répète, uniquement sur les signes cliniques dont je vous ai plus haut tracé le tableau.

Pronostic. — On comprend, d'après ce qui précède, que donner en bloc le pronostic de la pleurésie, c'est émettre un jugement sommaire et sans valeur. On comprend aussi qu'il ne faut pas, en présence d'une pleurésie, avoir sans cesse l'esprit hanté par l'idée de tuberculose, mais que, bien au contraire, il faut individualiser le pronostic.

La pleurésie comporte toute une échelle de pronostics, depuis la pleurésie à pneumocoques, véritablement et rapidement bénigne, jusqu'à la pleurésie tuberculeuse, dont le pronostic a la gravité que l'on sait. Entre ces deux extrêmes, se placent les intermédiaires : c'est la pleurésie due au bacille d'Eberth, qui guérit au bout de quelques semaines, moins vite par conséquent que la pleurésie à pneumocoques; c'est aussi la pleurésie à staphylocoques qui est sérieuse, mais néanmoins est curable, et qui enfin n'engage nullement l'avenir.

Conclusions. — Nous pouvons résumer notre travail dans les trois formules suivantes :

1° Il existe plusieurs espèces de pleurésies, qu'il faut classer d'après leurs origines : pleurésies à pneumocoques, à streptocoques, à staphylocoques, à bacilles d'Eberth, à bacilles de Koch; à ces microbes, il faudra peut-être en ajouter d'autres. Enfin certaines pleurésies ne donnent pas de résultats à l'examen bactériologique; on peut admettre qu'elles relèvent en partie non pas d'infections, mais d'intoxications.

2° La forme clinique que revêt une pleurésie permet d'en diagnostiquer la nature. Mais la clinique ne donne à ce point de vue que des probabilités; c'est à la bactériologie qu'il faut demander la certitude.

3° Le pronostic des pleurésies ne doit pas être uniforme, mais est intimement lié à l'étiologie de chaque pleurésie.

M. Netter. — Dans la très intéressante communication de M. Fernet, il est un fait qui m'a surpris, c'est que les cultures lui aient si souvent donné des résultats positifs et les inoculations des résultats négatifs. Aussi aurai-je trois points spéciaux à examiner.

M. Fernet est-il bien sûr de s'être trouvé en présence du pneumocoque? L'inoculation à la souris lui en a-t-elle donné la preuve irréfutable? Pour moi, quand j'ai publié mon article sur les pleurésies, je n'avais pas vu un seul cas de pleurésie à pneumocoques, à moins qu'il y eût pneumonie concomitante. Depuis j'ai vu quelquefois des microorganismes qui ressemblaient au pneumocoque, mais jamais l'inoculation à la souris ne m'a donné de résultats positifs.

M. Fernet. — Je suis sûr que le microbe que j'ai constaté était bien du pneumocoque. Les inoculations à la souris ont chaque fois été faites, et toujours avec succès. Mais M. Netter pourrait-il me dire quel âge avaient les pleurésies qu'il a examinées?

M. Netter. — C'est précisément le point que je voulais aborder. Pour trouver le pneumocoque; je crois qu'il faut le chercher peu après l'éclosion de la maladie. Les résultats auxquels est arrivé M. Fernet confirment d'ailleurs ceux que nous ont fournis les travaux de Lévy (de Strasbourg), ainsi que d'autres travaux entrepris en Italie, au moment où je faisais mes recherches sur la bactériologie de la pleurésie.

Le second point sur lequel je veux insister, c'est que M. Fernet s'est borné à rechercher le bacille de Koch, mais n'a pas fait l'inoculation. S'il avait fait l'inoculation du liquide de toutes ses pleurésies, peut-être en aurait-il trouvé plus de trois tuberculeuses. Je me souviens fort bien avoir obtenu des inoculations positives, alors que l'examen bactériologique ne m'avait pas fait voir de bacille de Koch.

Quant à l'association du staphylocoque avec le bacille tuberculeux, c'est un point sur lequel je suis absolument d'accord avec M. Fernet. Il est incontestable aujourd'hui que le staphylocoque est un collaborateur assez fréquent du bacille de Koch.

Un cas d'hémiatrophie d'origine probablement sympathique.

M. Marie. — Je veux vous relater l'observation d'un homme âgé de 49 ans, que je vous aurais présenté, s'il n'avait absolument tenu à quitter l'hôpital. Avant l'âge de 11 ans, il n'avait rien qui attirât son attention; c'est un point sur lequel il est très net. Ce n'est qu'à cette époque qu'il se produisit de l'atrophie du côté gauche de la face, de la moitié gauche du thorax et du membre supérieur du même côté, suivie peu après d'une paralysie faciale complète. Plus tard, le globe oculaire fut paralysé dans ses mouvements d'abduction et d'élévation.

En voyant cette atrophie localisée, j'ai été assez embarrassé pour savoir à quelle origine rapporter ces phénomènes. Dans tous les cas d'hémiatrophie, on trouve dans les antécédents des malades des trophonévroses, des paralysies radiculaires, des paralysies infantiles capables d'expliquer la lésion. Mais ici, rien de semblable: pas de trouble trophique, pas de signe qui mette sur la voie. Aussi, obligé de rejeter les affections des nerfs et des centres nerveux qui donnent d'ordinaire la clef du problème, je crois que cette hémiatrophie reconnait pour cause une lésion du grand sympathique, et probablement du ganglion supérieur du grand sympathique.

Contribution à l'étude des pneumothorax partiels du côté gauche.

M. Galliard. — On sait combien il est quelquefois embarrassant pour le médecin de savoir s'il se trouve en présence d'un pneumothorax partiel ou d'une caverne tuberculeuse. Il y a un signe sur lequel il me semble bon d'attirer l'attention; c'est le refoulement du cœur dans les cas de pneumothorax partiels. J'ai été récemment à même de constater la valeur de ce signe dans un cas de pneumothorax dorso-axillaire, et dans un cas de pneumothorax sous-claviculaire, survenus tous deux chez des tuberculeux.

J. P.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 23 février.

Les lésions de la muqueuse gastrique à l'autopsie.

M. Hayem. — M. Renaut (de Lyon) dit qu'il se fait, au niveau de la muqueuse gastrique, une auto-digestion après la mort, qui empêche d'avoir la certitude que toutes les lésions constatées à ce moment sont bien des lésions pathologiques. Or, sur des coupes de gastrite parenchymateuse et de gastrite interstitielle que je vous présente, vous pouvez vous rendre compte qu'on ne voit pas de trace d'auto-digestion; donc, puisque l'on peut se mettre à l'abri de l'auto-digestion, l'on ne peut accepter la manière de voir de M. Renaut.

Le limaçon membraneux considéré comme appareil enregistreur.

M. Bonnier. — On ne peut pas assimiler l'appareil basilaire du limaçon à un appareil de résonance et de vibration par influence ; il n'a pas de propriétés physiques qui le permettent. L'ébranlement est analysé dans sa forme par un procédé analogue à celui des appareils enregistreurs. Il se fait un tiraillement de la membrane de Corti sur les éléments cellulaires, dont elle forme le chevelu ciliaire, et c'est de cette façon qu'est constituée l'irritation spéciale à la tactilité cochléaire, car l'appareil cochléaire ne peut percevoir des ébranlements de périodicité définie.

Paralysie bulbaire.

MM. J.-B. Charcot et **Marinesco.** — Ces deux auteurs citent l'observation d'un malade atteint de paralysie bulbaire subaiguë à type descendant, à l'autopsie duquel on a trouvé de petites hémorrhagies punctiformes au voisinage de l'aqueduc de Sylvius.

Sérum antistreptococcique.

M. Marmorek relate les résultats qu'il a obtenus sur des animaux immunisés contre le streptocoque, à l'aide des toxines de ce microbe ; il exposera bientôt les résultats obtenus sur l'homme à l'aide de ce nouveau sérum.

M. Roger rappelle que, dans des expériences sur les animaux faites en collaboration avec M. Charrin, il a combattu des inoculations de streptocoque, en injectant le sérum d'animaux immunisés avec les toxines de ce microorganisme. L'orateur signale que l'origine des recherches de ce genre date de la doctrine des principes bactéricides établie par lui et M. Charrin, et qui est aujourd'hui universellement admise. M. Bouchard, en remplaçant l'hématothérapie par la sérothérapie, a été l'organisateur de ces nouvelles méthodes. Enfin, M. Roger déclare qu'il tente avec prudence de faire bénéficier l'espèce humaine de ces procédés.

Lésions du pancréas par l'injection d'huile dans le canal de Wirsung, suivie de la ligature de ce canal.

M. Retterer, au nom de M. Mouret (de Montpellier), dépose une note de laquelle il résulte, qu'après une injection d'huile dans le canal de Wirsung et la ligature de ce canal, on observe une sclérose du tissu conjonctif, une dilatation des vaisseaux et une dégénérescence de l'épithélium. Il faut noter, en outre, qu'aucun des animaux sur lesquels on a fait ces expériences, n'est devenu glycosurique. J. P.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 14 février.

Un nouveau cas de syphilôme hyperplasique de la lèvre inférieure et son interprétation physiologique.

M. Hallopeau. — Ce n'est pas parce qu'elle offre un terrain spécial au développement du contage syphilitique, mais en raison de la constitution de son réseau lymphatique que la lèvre inférieure doit se tuméfier lorsqu'elle devient le siége de syphilômes tertiaires ; en effet, ce réseau est remarquablement serré et ténu, aussi la tuméfaction ne se reproduit-elle pas seulement dans les cas de syphilômes tertiaires ; on peut l'observer également dans des cas de chancre induré et de tuberculose labiale : le mécanisme est le même dans ces différents cas. Le traitement local par la compression se trouve ainsi nettement indiqué.

Sur un sarcôme anal.

M. Du Castel. — Dans une dernière séance, M. Du Castel avait présenté, sans que personne pût poser un diagnostic ferme, une jeune femme atteinte à la fesse droite, près du pli interfessier, d'une large ulcération très indurée à sa base.

La lésion était presque indolore et était accompagnée dans l'aine droite d'une masse ganglionnaire très volumineuse.

On avait discuté les diagnostics de chancre géant, de syphilôme ulcéré, de mycosis fongoïde, etc. M. Darier avait fait remarquer l'existence de fissures spéciales et la non indépendance des ganglions tuméfiés.

Actuellement, l'évolution, aidée des recherches histologiques faites par M. Darier, a permis de conclure à un cas des plus rares de sarcôme anal.

Examen histologique d'une érosion de la fesse, présentée par M. Du Castel et diagnostiquée : chancre syphilitique géant.

M. J. Darier. — A la demande de M. Du Castel, j'ai excisé un petit fragment de la lésion au bord de la fissure ulcéreuse qu'il a signalée.

Sur les coupes on constate que l'épiderme, aminci et présentant des indices d'irritation, disparaît au voisinage de l'ulcération.

La couche dermique est infiltrée, et, dans une grande partie de la pièce, remplacée même par un tissu morbide constitué comme suit : de grosses cellules rondes, rarement polygonales ou anguleuses par pression réciproque, semblent au contact les unes des autres ; sur des coupes fines, ou mieux après l'action du pinceau, on constate qu'elles sont logées dans les mailles d'un réseau très fin et délicat de tissu conjonctif réticulé. Les mailles de ce réseau s'appuient sur les parois de vaisseaux sanguins qui semblent dilatés, mais n'offrent aucun épaississement ni aucune autre altération de leurs tuniques. Par places on voit ce tissu adénoïde traversé par des travées formées de faisceaux conjonctifs ou de cellules fusiformes ; on trouve aussi quelques rares follicules pileux et quelques glomérules sudoripares à tubes larges, comme il est normal dans cette région, plongés au sein du tissu néoplasique. Les cellules de ce tissu ont un gros noyau régulier, un protoplasma relativement abondant ; on en voit beaucoup, toujours 5 à 6 par champ de microscope, qui sont en état de karyokinèse.

Je conclus de cet examen que l'on a affaire dans ce cas à un sarcôme d'une espèce particulière qui n'est pas rare à la peau et dans les ganglions ; ces grosses cellules dans un réticulum adénoïde caractérisent en effet le *lymphosarcôme* (sarcôme alvéolaire ou carcinôme réticulé de quelques auteurs).

Un cas de corne palpébrale.

M. A. Terson présente les coupes histologiques d'une corne développée au niveau et un peu au-dessus du bord libre de la paupière supérieure droite, et enlevée par M. Panas, sur un homme de 56 ans. Le début de cette néo-production, qui avait un centimètre et demi de hauteur, remontait à 4 ans environ.

Syphilis lichénoïde.

M. Louis Wickham. — De toutes les dermatoses, le lichen ruber planus est peut-être, avec la tuberculose cutanée, celle qui simule le mieux la syphilis, ou qui est la mieux simulée par cette affection.

Le malade que M. Wickham présente offrait en apparence, il y a 8 jours encore, un beau type complet de lichen plan, arrivé à la période terminale de pigmentation. On constatait uniquement une cinquantaine de petites plaques brunâtres, de la dimension de pièces de un franc. A leur surface, l'épiderme était plissé et quadrillé en mosaïque. Ces lésions étaient accompagnées, dès le début de leur apparition remontant à 2 mois, d'un prurit insupportable.

En présence d'un tel cas, il aurait été difficile de ne point penser au lichen plan ; or, il s'agissait de syphilis.

Depuis 8 jours, sont survenues des plaques muqueuses, une ulcération à la verge, une kératose palmaire, de l'alopécie en clairière, et quelques taches brunâtres se sont exulcérées : toutes lésions qui ont permis d'affirmer le vrai diagnostic.

Louis Wickham.

ACTES DE LA FACULTÉ

DU 4 AU 9 MARS 1895

EXAMENS

Lundi 4 mars. — 3e (2e partie) : MM. Straus, Chauffard, Gaucher. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu : MM. Segond, Delbet, Lejars. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu : MM. Potain, Brissaud, Déjerine.

Mardi 5 mars.—2e(2e partie) : MM. Mathias-Duval, Raymond, Ballet. — 3e Oral (1re partie) : MM. Le Dentu, Campenon, Bar. — 4e : MM. Pouchet, Gilbert, Marie. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité : MM. Guyon, Nélaton, Albarran. — 5e (2e partie), Chirurgie, Charité (1re série) : MM. Dieulafoy, Hanot. Roger. — 5e (2e partie). Charité (2e série) : MM. Hallopeau, Troisier, Ménétrier.

Mercredi 6 mars. — 3e Oral (1re partie) : MM. Delbet, Sebileau, Tarnier.

Jeudi 7 mars. — *Médecine opératoire* : MM. Panas, Riebolot, Brun. — 3e (2e partie) : MM. Dieulafoy, Chantemesse, Charrin.

Vendredi 8 mars. — 4e : MM. Pouchet, Landouzy, Netter. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité : MM. Kirmisson, Delbet, Ricard. — 5e (2e partie), Charité (1re série) : MM. Potain, Brissaud, Gaucher. — 5e (2e partie), Charité (2e série) : MM. A. Robin, Déjerine, Chauffard. — 5e (1re partie), Obstétrique. Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Marchand, Ribemont-Dessaignes.

Samedi 9 mars. — 5e (1re partie). Chirurgie, Charité : MM. Le Dentu, Quénu, Albarran — 5e (2e partie). Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Croisil, Troisier, Ménétrier. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Raymond, Hallopeau, Charrin. — 5e (1re partie). Obstétrique, Clinique d'Accouchements. rue d'Assas : MM. Budin, Campenon, Bar.

THÈSES

Mercredi 6 mars. — *M. Merlier* : Etude clinique sur la neurasthénie d'origine syphilitique. — *M. Jaquinet* : Contribution à l'étude de la tuberculose pulmonaire chez les syphilitiques. — *M. Taurin* : Rétrécissement cicatriciel du col de l'utérus au point de vue de l'accouchement. — *M. Wassilieff* : De l'iléorectostomie. — *M. Reverseau* : Contribution à l'étude des pyopérihépatites tuberculeuses. — *M. Cernea* : Essai critique sur les paralysies sciatiques traumatiques.

Jeudi 7 mars. — *M. Jammes* : L'assistance médicale gratuite (loi du 15 juillet 1893). — *M. Boltiau* : Contribution à l'étude des pyopérihépatites tuberculeuses. — *M. Mariage* : Essai sur les tumeurs malignes des enfants. — *M. Thielemans* : Contribution à l'étude des manifestations parotidiennes ou saturnisme. — *M. Fromont* : Action cardiaque de l'apocynum cannabinum. — *M. Isidor* : Etude du torticolis spasmodique et de son traitement chirurgical. — *M. Larroux* : Traitement du delirium tremens dans la pneumonie. — *M. Touaille de Larabie* : Considération sur les accidents imputables à l'anesthésie locale par la cocaïne, dans le traitement de l'hydrocèle par l'injection iodée.

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

LES REVENDICATIONS DES ÉTUDIANTS FRANÇAIS

Au moment où *La Gazette* va être mise sous presse, je reçois d'un de nos abonnés, qui est étudiant français, la lettre qu'on va lire. Je n'ai pas le temps de dire aujourd'hui ce que j'en pense ; je reviendrai, dans notre prochain numéro, sur cette question qui n'est pas nouvelle, du reste, et qui, il y a quelques années déjà, a soulevé une assez vive polémique. Il y a beaucoup de vrai dans ce que dit notre abonné ; les plaintes qu'il formule sont, pour une bonne part, très justifiées. Mais son projet de réformes peut-il et doit-il être accepté ? C'est, je le répète, ce que j'examinerai la semaine prochaine. Pierre Sebileau.

Monsieur,

« Votre journal est bien un peu autant un journal d'étudiants que de praticiens. C'est ce qui nous fait espérer, sachant qui vous êtes, et quelles sont vos sympathies pour la jeunesse, que vous pouvez vous faire l'écho de ses revendications, en tout cas de son opinion touchant des questions qui sont en somme surtout les siennes, comme celle de l'internat.

» Abonné à votre *Gazette*, je viens soumettre à votre avis ces quelques réflexions concernant certains points qui n'ont pas été agités jusqu'ici : l'envahissement exotique, les stages cliniques obligatoires, l'épreuve d'oral faite de telle façon qu'un candidat n'échappe à aucune branche du programme, c'est-à-dire à une question de pathologie interne, de pathologie externe et d'accouchements.

» Je compte sur votre largeur de vues pour que vous utilisiez, comme bon vous semblera, ces quelques lignes. Vous aurez été la voix de nombre d'étudiants qui vous en auront gratitude.

» La question de l'internat est, en effet, une des grosses questions du jour, et cela se conçoit quand on considère la crue annuelle et toujours montante des candidats ; par suite, la durée du concours qui dans l'espace de trois ans s'est prolongée de trois mois.

» Certes, l'on paraît vouloir s'en occuper à la Société médicale ou chirurgicale des hôpitaux, mais il serait bon que l'on pût consulter les candidats eux-mêmes ; malheureusement, ils sont trop occupés et, s'ils arrivent, ne demanderont qu'à se reposer sur leurs frais lauriers. Ils apporteraient cependant un élément utile d'appréciation.

» En somme, que désirent juges et candidats ?

» 1° Que la durée du concours soit beaucoup plus restreinte tout d'abord.

» 2° Que les conditions du concours permettent plus de justice et moins d'aléa.

» 3° Que l'entrée en fonctions coïncide avec les mutations qui se font chaque année dans les hôpitaux, afin que ne se produise pas ce qui se passe souvent : des maîtres se séparant de leurs élèves qui ne peuvent les suivre dans leurs nouveaux services. Et ce point peut être résolu par l'abréviation de la durée du concours.

» Eh bien ! le remède à la trop longue prolongation du concours de l'internat peut être trouvé en partie dans la suppression des étrangers, qui, tout le monde le sent, si tout le monde ne l'avoue, infiltrent notre monde médical français, aussi bien le milieu étudiant que la sphère des praticiens. Etrangers qui ont rendu impossibles les études pratiques d'anatomie, à la Faculté de Paris ; qui sont nuée dans les concours qu'ils obstruent et prolongent, eux qui nous offrent le spectacle lamentable de candidats lisant des copies écrites en un français invraisemblable. Mais ils ont l'équivalence !

» Que l'on exige au moins de ces candidats la naturalisation, comme pour les concours plus élevés.

» L'on ne verra pas alors, comme cette année, un concours d'externat également, avec sa masse énorme de 800 candidats où les étudiants étrangers font borde compacte. Ce n'est plus un concours de jeunes gens français, c'est un concours cosmopolitain. Cette question des étrangers s'imposera pressante, plus tôt qu'on ne le pense.

» Pour ce qui est de l'équité du concours et pour que ses opérations se fassent avec le plus de justice possible, il faut, on a beau le dire, un jury homogène et immuable pendant le temps des épreuves ; il faut que celles-ci soient plus multipliées sans prendre plus de temps pour cela, et alors, après l'admission établie par l'épreuve écrite, il faudrait un oral d'un quart d'heure avec une triple question : une de pathologie interne, une autre de pathologie externe, une dernière d'accouchements, ce qui diminuerait beaucoup les chances de pas mal de candidats, puisque l'on pourrait s'assurer de l'étendue de leurs connaissances sur un programme plus varié auquel aucun n'échapperait.

» En effet, ne voit on pas chaque année des candidats arriver, n'ayant jamais vu un accouchement, n'en ayant même aucune notion théorique. Et puisque l'on ne peut, comme cela existe dans quelques Facultés de province (à Lyon par exemple), établir une épreuve de *dissection* et une autre *clinique*, car cela est absolument impossible à Paris, l'on devrait exiger de tout candidat et d'une façon sévère et contrôlée un stage d'externe de 6 mois au moins dans un service de médecine, un deuxième stage égal dans un service de chirurgie et un de 4 mois dans un service d'accouchements. Ainsi l'on aurait des candidats ayant vu un peu de tout et l'on ne verrait pas, comme il s'en est trouvé, un interne appelé d'urgence refusant de faire un accouchement parce qu'il n'en a jamais vu et parce qu'il a peur de compromettre sa dignité par une ignorance et une gaucherie trop manifestes, vis-à-vis du personnel ; l'on ne verrait pas des internes de première année qui n'ont jamais ausculté, ou d'autres qui n'ont jamais fait de pansements ; ou bien encore un fait récent où dans toute une salle de garde il ne s'est point trouvé un seul interne qui voulût se

charger d'une trachéotomie que nécessitait l'état d'un enfant atteint du croup et qui mourut inopéré.

» Ces faits sont authentiques, bien des chefs de service le savent, mais on veut trop souvent favoriser les tout jeunes candidats, et l'on sait des membres de jurys passés qui ne s'en cachent pas.

» D'ailleurs, chaque année, les candidats volontaires obtiennent, d'un avis unanime, une bien plus haute cote, ce qui s'explique aussi parce que ce sont eux qui ouvrent l'ère du concours. Mais ils sont tout jeunes, font une année de service militaire où leurs hâtives connaissances se sont évanouies à marches forcées et ils reviennent n'étant toujours que des «bleus», même en médecine, et se font souvent donner des leçons par de simples stagiaires qui en savent parfois beaucoup plus long.

» Bien des candidats manquent l'hôpital pour se consacrer plus entièrement aux concours, et ce sont ceux qui sont le plus absents du vrai milieu scientifique qui arrivent le plus aisément. L'exemple des internes provisoires, chaque année, le prouve, eux qui, occupés et absorbés par la responsabilité d'un service, n'ont pas autant de temps à leur disposition et ont des notes moins élevées.

» Dans les divers projets émis, M. Muselier dit que ce serait un tort de limiter les candidats à l'âge ou du moins à la durée de leurs études médicales au moment du concours, parce que l'on voit des *capacités exceptionnelles* se faire jour chaque année. Ces capacités doivent souvent être réduites à des exemples de chance exceptionnelle. D'ailleurs, que peut savoir un candidat qui a trois ans de médecine à peine, même très intelligent et très travailleur! On veut des internes qui aient vu quelque chose, aussi bien que lu quelques manuels, et qui soient capables d'aider leurs maîtres et de faire face à des cas urgents dont certains que le sort favorisa ne sont pas capables.

» Et puis, on peut opposer à ces capacités exceptionnellement prématurées l'exemple de certains qui ont commencé tard leurs études, ne sont arrivés à ce concours de l'internat qu'avec difficulté et qui n'en sont pas moins devenus des médecins illustres. Si l'on avait limité l'âge, quelques-uns d'entre eux ne seraient pas éclos à la lumière qu'ils ont ensuite largement répandue. Que l'on consulte l'Annuaire de l'internat et l'on verra que la majorité de ceux, qui ont fait plus tard un brillant chemin, ne sont point sortis des premiers numéros de l'internat. Personne ne peut le nier: bien des chefs actuels en sont la preuve et ce ne sont pas les moins éminents!

» Le projet de M. Reclus n'a de bon que l'anonymat des copies, mais qui n'est pas praticable; il faut, d'ailleurs, que les candidats lisent eux-mêmes leurs compositions au grand jour de la publicité, ce qui est, du reste, un des rares mérites du concours actuel.

» La proposition de M. Hanot est une de celles qui méritent le plus d'attention.

» Celle de M. Périer se heurte à cette condition fondamentale qu'il faut avant tout un jury stable afin que la balance soit tenue égale. Et puis, dix juges fonctionnant au lieu de sept, même alternativement, de façon à constituer un groupe de cinq membres à chaque séance, cela n'empêche pas que chaque année on sera obligé de réunir un plus grand nombre de juges qu'actuellement, et que, dans sa carrière, un médecin, chirurgien ou accoucheur de l'Assistance publique, au lieu de faire partie de trois ou quatre concours, ce qui est la moyenne, sera appelé sept ou huit fois. Quant à la question de moindres jetons de présence de juge, c'est une économie infime, une goutte d'eau dans l'Océan du budget de l'Assistance.

» En résumé:

» La durée du concours peut être abrégée par l'élimination des étrangers qui sont de plus en plus nombreux.

» Les chances inégales des épreuves peuvent être atténuées par leur multiplicité, c'est-à-dire par un oral comportant trois questions: une de pathologie interne, une de pathologie externe, une d'accouchements.

» Pour s'assurer approximativement de la valeur au point de vue pratique des candidats, exiger d'eux un triple stage, comme nous le disons plus haut, puisque l'on ne peut faire mieux à Paris, où l'on ne peut soumettre un si grand nombre d'élèves à une épreuve de dissection et de clinique, et que tous aient au moins passé leur deuxième examen. Enfin, s'efforcer de réaliser les changements de service, en même temps que les mutations de chefs dans les hôpitaux, ce qui est facile.

» Parler de tradition, c'est prononcer un vain mot, malgré le respect des choses établies et qui ont duré. Quand le concours de l'internat a été fondé, il y a un siècle presque, l'on ne savait pas ce qu'il donnerait. Et, du reste, les conditions ont bien changé, car il est plus facile de juger une centaine de copies remises il y a quelque vingt ans, que d'en apprécier 400 comme en ce moment, et cela malgré le désir de justice dont sont animés presque tous les membres des jurys.

» Il faut évoluer et marcher toujours au progrès. A une tradition, il faut substituer, quand le besoin s'en fait sentir, une réforme qui peut, pourquoi pas elle aussi, devenir une tradition!

» Agréez, Monsieur, mes plus respectueuses salutations.

» J. D. »

FACULTÉS

Concours d'agrégation (Médecine).

Sujet des épreuves orales d'une heure, après 48 heures de préparation (suite).

Lundi 18 février. — M. Collet: Des adénopathies non tuberculeuses. — M. Boyer: Les anasarques.

Mardi 19. — M. Etienne: Les urticaires. — M. Widal: De l'insuffisance hépatique.

Mercredi 20. — M. Sabrazès: Intoxication par l'oxyde de carbone. — M. Gilles de la Tourette: Rapports de la scrofule et de la tuberculose.

Jeudi 21. — M. Sacaze: Les hémorrhagies d'origine névropathique. — M. Le Dantec: Les réflexes tendineux.

Vendredi 22. — M. Frenkel: Les purpuras. — M. Achard: De la suppuration.

Samedi 23. — M. Girode: De la goutte viscérale. — M. Bosc: De la syncope.

COURS ET CONFÉRENCES

Hôpital Saint-Louis.

Conférences sur les maladies de la peau. — M. Gaucher, agrégé, commencera ces conférences le dimanche 10 mars, à 10 heures et demie, à l'hôpital Saint-Louis, dans l'amphithéâtre des cliniques, et les continuera tous les dimanches, à la même heure.

Objet du cours: gale, teignes, érythèmes, pityriasis, eczéma, lichen, psoriasis.

Conférences d'histologie. — M. Retterer, agrégé, commencera ces conférences d'histologie le mercredi 6 mars 1895, à 5 heures (amphithéâtre de l'Ecole pratique), et les continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

Démonstrations pratiques de physiologie, sous la direction de M. le docteur Laborde, chef des travaux pratiques de physiologie. — Les démonstrations pratiques de physiologie commenceront le vendredi 8 mars 1895, sous la direction de M. le docteur Laborde, chef des travaux de physiologie.

Elles auront lieu dans la salle des démonstrations de l'Ecole pratique, les lundis et vendredis, à 4 heures.

Les élèves de 2e et de 3e années (doctorat et officiat) sont obligés d'assister à ces démonstrations.

Ils seront divisés par séries et recevront une lettre de convocation.

Cours d'hygiène. — M. le professeur Proust commencera le cours d'hygiène le mardi 5 mars 1895, à 4 heures de l'après-midi (Grand Amphithéâtre), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Cours complémentaire d'accouchements. — M. Varnier, agrégé, commencera le cours complémentaire d'accouchements le mercredi 6 mars 1895, à 5 heures (Petit Amphithéâtre), et le continuera les vendredis, lundis et mercredis, à la même heure.

Ecole pratique.

Exercices opératoires, sous la direction de M. P. Poirier, chef des travaux anatomiques (premier cours). — M. le docteur Chevalier, prosecteur, avec le concours de 6 aides d'anatomie, fera sa première démonstration, le vendredi 15 mars 1895, à 1 heure 1/4 précise, pavillon n° 3.

Conférences de pathologie interne. — M. Roger, agrégé, commencera ces conférences le mercredi 6 mars 1895, à 4 heures (Petit Amphithéâtre), et les continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

Anatomie. — Cours du chef des travaux. — M. Poirier, agrégé, chef des travaux anatomiques, commencera ce cours le vendredi 1er mars, à 1 heure (Grand Amphithéâtre de l'Ecole pratique), et le continuera tous les jours, à la même heure.

Conférences de pharmacologie. — M. André, agrégé, commencera ces conférences le mardi 5 mars 1895, à 5 heures (Amphithéâtre de Pharmacologie), et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Conférences de physiologie. — M. Gley, agrégé, commencera ces conférences le jeudi 7 mars 1895, à 4 heures (Amphithéâtre de l'Ecole pratique), et les continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

Conférences de pathologie externe. — M. Nélaton, agrégé, commencera ces conférences le lundi 4 mars 1895, à 4 heures (Amphithéâtre de l'Ecole pratique), et les continuera les jeudis, samedis et lundis suivants, à la même heure.

Cours de pathologie interne ; professeur: M. Debove. — M. le professeur Debove commencera le cours de pathologie interne, le mardi 5 mars 1895, à 3 heures (Grand Amphithéâtre), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Médecine opératoire.

Sous la direction de M. P. Poirier, agrégé, chef des travaux anatomiques.

Les exercices pratiques de médecine opératoire commenceront le vendredi 15 mars 1895. Ils auront lieu dans les pavillons de l'Ecole pratique, tous les jours, de 1 heure 1/4 à 4 heures.

Ces exercices sont obligatoires pour les élèves docteurs et les élèves officiers de santé de 4e année, qui ne pourront prendre la 16e inscription qu'après les avoir accomplis.

Les étudiants pourvus de 16 inscriptions, les élèves en cours irrégulier d'études pourvus de 14 inscriptions au moins, les docteurs français et étrangers peuvent être autorisés à y prendre part.

Conditions d'admission : 1° Les élèves docteurs et les élèves officiers de santé de 4e année sont inscrits sur la présentation de la quittance à souche constatant le paiement des droits afférents à l'inscription de janvier 1895 (14e inscription);

2° Les élèves pourvus de 16 inscriptions, les élèves en cours irrégulier d'études pourvus de 14 inscriptions au moins, les docteurs français et étrangers, devront obtenir préalablement l'autorisation du doyen. A cet effet, ils déposeront leur demande au secrétariat de la Faculté, où il leur sera donné connaissance des conditions spéciales qu'ils auront à remplir ;

3° Les élèves obligés devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 2), de midi à trois heures, du 25 février au 9 mars. Après cette date, nul ne pourra être admis. Des lettres de convocation seront adressées au domicile des étudiants ;

4° Les docteurs et les élèves non obligés se feront inscrire dans les mêmes conditions, dès qu'ils auront reçu l'autorisation nécessaire.

Faculté des sciences.

Enseignement préparatoire au certificat d'études physiques, chimiques et naturelles (1, rue Rataud).

Physique. — M. P. Janet, professeur à la Faculté des sciences de Grenoble, chargé du cours, continuera ce cours le vendredi 1er mars. Il traitera les lundis, mercredis, vendredis, de neuf à dix heures : optique, hydrostatique, pneumatique, physique moléculaire, chaleur (excepté la calorimétrie et la thermodynamique), météorologie.

M. Krouchkoll, chef des travaux pratiques, dirigera les manipulations de physique tous les jours, sauf le samedi, de une heure et demie à quatre heures et demie.

Chimie. — M. Joanis, professeur à la Faculté des sciences de Bordeaux, chargé du cours, continuera ce cours le samedi 2 mars. Il traitera les mardis, jeudis et samedis, de neuf heures à dix heures, des métaux (suite), de la chimie organique et de la chimie analytique, analyses volumétriques, analyse organique.

M. Péchard, chef des travaux pratiques, dirigera les manipulations de chimie les mardis, mercredis, vendredis et samedis, de une heure et demie à quatre heures et demie.

Zoologie. — M. Rémy Perrier, chargé du cours, continuera ce cours le mercredi 6 mars. Il traitera les mercredis, de dix heures et demie à onze heures et demie, de l'organisation et de la classification des vers, des mollusques et des vertébrés.

M. Fischer, chef des travaux pratiques, dirigera les manipulations de zoologie les jeudis, vendredis et samedis, de une heure et demie à quatre heures et demie.

Botanique. — M. Daguillon, maître de conférences, continuera ce cours le vendredi 1er mars. Il traitera les lundis et vendredis, de dix heures et demie à onze heures et demie, de l'anatomie et de la physiologie végétales et de la classification des plantes vasculaires.

M. Matruchot, chef des travaux pratiques, dirigera les manipulations de botanique les lundis, mardis et mercredis, de une heure et demie à quatre heures et demie.

HOPITAUX DE PARIS

Concours de l'internat.

La première épreuve du concours de l'internat a pris fin avec la séance de jeudi dernier.

Tous les candidats ayant vingt-quatre points et au dessus et, en outre, les internes provisoires et les externes vétérans ayant vingt-trois, sont déclarés admissibles à l'épreuve orale.

Cette épreuve a commencé lundi soir.

Première question d'oral : Capsules surrénales. Maladie d'Addison.

NOUVELLES

Conseil général des Facultés.

Le conseil général des Facultés vient d'être soumis au renouvellement. Tous les membres sortants ont été réélus, à l'exception de MM. Grancher (médecine), Duclaux (sciences) et Martha (lettres), qui ne se sont pas représentés et qui ont été remplacés par MM. Potain (médecine), Troost (sciences) et Croiset (lettres).

Le recteur de l'Académie est président de droit ; les doyens des Facultés et le directeur de l'Ecole de pharmacie sont membres de droit. Chaque Faculté et l'Ecole de pharmacie sont en outre représentées par deux membres élus.

Voici la composition complète du conseil : M. Gréard, président ; Faculté de théologie protestante, MM. Lichtenberger, doyen, Sabatier et Bonet-Maury ; Faculté de droit, MM. Colmet de Santerre, doyen, Bufnoir et Beudant ; Faculté de médecine, MM. Brouardel, doyen, Lannelongue, Potain ; Faculté des sciences, MM. Darboux, doyen, Friedel, Troost ; Faculté des lettres, MM. Himly, doyen, Lavisse et Croiset ; Ecole de pharmacie, MM. Planchon, directeur de l'Ecole de pharmacie, Milne-Edwards et Moissan.

Exercice illégal de la médecine.

Le tribunal de Lisieux vient de condamner un bandagiste de Caen qui avait appliqué des pessaires à des femmes atteintes d'une maladie grave de l'utérus, et paraissait par son intervention avoir hâté la mort des malades ou aggravé leur état. Pour un premier délit, il a été condamné à deux mois de prison, 100 fr. d'amende et 1,200 fr. de dommages intérêts envers les héritiers. Dans une seconde affaire, il a été condamné à deux mois de prison, 15 fr. d'amende, pour exercice illégal et 1,000 fr. de dommages-intérêts à la plaignante.

Un concours en Roumanie.

Nous craindrions de déflorer, en le résumant, le compte rendu suivant d'un concours qui a lieu en ce moment à Bucarest pour dix-neuf places vacantes de médecin-adjoint des hôpitaux de cette ville. Nous l'empruntons à la *Presse médicale roumaine* (n° 11).

« L'épreuve écrite, dit notre confrère, tirée au sort sur un nombre de trente-cinq questions qui étaient mises dans l'urne, était ainsi conçue : Du délire. Variétés, pathogénie et formes cliniques.

» Pendant cette composition, le juge, qui surveillait les candidats,

66e ANNÉE. 9e SÉRIE. TOME II — N° 10 — 9 MARS 1895

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : Dr F. de RANSE — *Rédacteur en chef :* Dr Pierre SEBILEAU

Secrétaire de la Rédaction : M. Em. EMERY

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 28, rue Vignon

QUESTIONS DU JOUR

Le concours d'internat.

(*Deuxième article.*)

La question de la réforme du concours d'internat n'est que depuis peu à l'ordre du jour, et déjà les solutions affluent, toutes inspirées par le désir d'améliorer un état de choses qui, avec le temps, menace de devenir intolérable. La presse médicale a discuté les divers projets, qui malheureusement sont presque tous d'une application impossible. Nous-même avons traité ce sujet dans un article récent, où nous avons cherché à montrer que ces projets ne représentent que de simples palliatifs, de pseudo-remèdes qui pourraient bien aggraver le mal au lieu de le guérir. Nous ne serions pas revenu sur ce débat, si d'autres opinions exprimées ultérieurement ne l'avaient porté sur un autre terrain et n'avaient rendu nécessaire une nouvelle affirmation des conclusions que nous avons cru devoir énoncer l'autre jour, en manière de corollaire aux réflexions dictées par l'examen des projets énumérés.

Nous faisons allusion ici à la lettre que notre rédacteur en chef vient de recevoir et qu'il a publiée dans le dernier numéro de la *Gazette*. Le signataire de cette lettre est bien d'accord avec nous sur la nécessité d'abréger la durée des épreuves du concours. Il émet aussi le vœu légitime que l'entrée en fonctions coïncide avec les mutations qui se font chaque année dans les hôpitaux, de façon à éviter la perturbation qui résulte périodiquement du mode actuel. Enfin, il demande que dorénavant le concours offre plus de garanties d'impartialité et laisse moins de place au hasard. Sur ces trois points, il ne trouvera guère de contradicteurs. Il est à craindre qu'il en rencontre davantage en ce qui concerne la valeur et l'opportunité des moyens à l'aide desquels il pense pouvoir combler ces desiderata.

Ainsi, l'exclusion des étrangers, que notre honorable correspondant propose comme condition *sine quâ non*, est une mesure radicale au premier chef qui soulèverait sans doute des protestations trop nombreuses et trop bruyantes pour en rendre l'application réalisable. On invoque pour la justifier, à titre d'argument décisif, l'envahissement de la Faculté de Paris et l'obstruction des avenues scolaires par la foule des étudiants exotiques. Mais c'est là un argument spécieux qui ne tient pas devant l'examen impartial des faits.

D'abord, on ne nous dit pas dans quelle proportion les étrangers figurent sur la liste annuelle des candidats à l'internat. Il faudrait ici des chiffres précis, faute desquels la discussion devient à peu près inutile. Notre correspondant paraît croire que cette proportion est très élevée, mais une évaluation numérique eût mieux valu qu'une simple affirmation pour nous permettre d'établir à l'avance dans quelle mesure l'exclusion des candidats étrangers abrègerait la longueur des épreuves et la durée totale du concours. Mais cet argument, fût-il réellement fondé, nous toucherait encore médiocrement, car il y a tout un ordre de considérations qui plaident en faveur de l'admission des élèves étrangers au concours de l'internat. Ce sont des considérations d'un ordre général et supérieur ; car il ne s'agit ni plus ni moins que du bon renom de la science médicale française à l'étranger, de son prestige qui serait atteint par l'exclusion visée. N'est-il pas vraisemblable, en effet, que ces quelques centaines de médecins, qui vont chaque année porter au dehors de notre pays les idées et les pratiques de notre enseignement, contribuent pour une part notable à la propagation des notions qu'ils ont reçues, à une vulgarisation intellectuelle dont nous pouvons être fiers, parce qu'elle est la sanction légitime des efforts de nos cliniciens et de nos savants ? Le fait est que, à l'heure actuelle, le titre d'ancien interne des hôpitaux de Paris est un des plus enviés, un de ceux qui sonnent le mieux chez nos voisins immédiats ou éloignés, car il confère, dès

l'abord, à celui qui en est pourvu, une supériorité qui a pour résultat de le placer naturellement au degré le plus élevé de la hiérarchie médicale dans le pays où il est appelé à exercer. Demandez à tous ces étudiants, Roumains, Suisses, Moscovites, qui se pressent sur les bancs de nos écoles, leur opinion individuelle ou collective sur ce sujet. La réponse n'est pas douteuse. Et qu'on veuille bien remarquer, d'après la précédente énumération, que l'exclusion projetée atteindrait précisément les représentants des nationalités amies. de celles avec lesquelles nous n'avons ni rivalité, ni conflit à craindre! Or, est-on assuré qu'une mesure, qui aurait pour résultat de détourner ou d'annihiler toutes ces ambitions légitimement désireuses de se mêler à nos luttes, n'aurait pas son contre-coup dans la sphère plus élevée de la politique générale? On peut prévoir, en tout cas, que cette mesure serait taxée d'iniquité ou d'injustice, car, dès l'instant que vous admettez les étrangers au bénéfice de notre enseignement, vous devez pousser la logique jusqu'au bout et leur permettre l'accès d'un concours qui s'y rattache d'une manière directe. Il faut donc se garder d'établir des restrictions et de créer des incompatibilités, qui pourraient avoir un retentissement fâcheux sur l'institution de l'internat elle-même : ce qui revient à dire que nous devons conserver ce qui existe et maintenir les listes largement ouvertes. Il n'y a pas, croyons-nous, d'autre parti à prendre dans l'état actuel de la question.

La deuxième proposition de notre correspondant est d'un ordre différent. Elle consisterait à multiplier les épreuves et à joindre une question orale à celles qui sont déjà exigées, en vue d'accroître les garanties d'impartialité et de savoir que réclame le concours. Dans la pensée de son auteur, cette réforme donnerait plus de sécurité aux juges en ce qui concerne la variété et la solidité des connaissances nécessaires aux candidats élus. On peut répondre à cela que le programme de la préparation à l'internat est déjà assez chargé : que tel qu'il a fonctionné jusqu'à présent il a déjà paru largement suffisant : et qu'enfin il serait excessif de vouloir exiger de jeunes gens, fraîchement entrés dans la carrière, un savoir complet sur toutes les questions en face desquelles ils peuvent se trouver placés dès le lendemain de leur entrée en fonctions. M. X... cite à ce sujet des exemples qu'il semble croire sans réplique : tel celui d'un interne qui fut pris au dépourvu en face d'un accouchement, opération qu'il n'avait jamais vu pratiquer : d'un autre qui recula devant une trachéotomie, opération également inédite pour lui en même temps que pour ses collègues de salle de garde. Mais ceci prouve simplement que le titre d'interne ne confère pas la science infuse et que, pour la posséder, il ne reste pas moins beaucoup à apprendre. Et d'ailleurs, notre contradicteur est-il bien sûr que ces ignorances partielles et que ces imperfections disparaîtraient avec l'épreuve orale supplémentaire ? On en peut douter, car la préparation au concours, si laborieuse et intensive qu'elle soit, laisse toujours des lacunes que la pratique ultérieure se chargera de combler. L'essentiel est que les candidats arrivent au concours avec une instruction générale étendue et solide. Or, c'est là ce qui est certainement réalisé dans l'ordre de choses actuel et nous ne voyons pas vraiment ce que l'on pourrait y ajouter. Le triple stage que l'auteur du projet voudrait imposer à tout candidat ne nous semble pas constituer un progrès sous ce rapport d'autant que la durée qu'il assigne respectivement à chacun de ces stages serait tout à fait insuffisante pour le but à obtenir. Six mois dans un service de médecine, six mois dans un service de chirurgie, un mois dans un service d'accouchements, c'est réellement trop peu : il n'est pas actuellement de candidat qui n'en compte davantage à l'époque du concours. Donc, ici encore, la réforme proposée n'offre pas d'avantage certain et ne comporte par conséquent que de faibles chances d'admission.

Nous sommes amenés ainsi, en fin de compte, à conclure dans le même sens que précédemment, et à écarter le projet que nous venons de discuter comme ceux qui l'ont devancé en date. Cela ne veut pas dire qu'il n'y ait une solution possible, mais à voir le désaccord qui se manifeste, on peut dire qu'elle est encore tout entière à trouver.

P. Muselier.

Quelques documents me manquent pour dire ici, en réponse à la lettre que j'ai reçue, tout ce que je pense de la question des étrangers. A bientôt.

Pierre Sebileau.

A L'ÉTRANGER

ALLEMAGNE

Pneumonie chez les diabétiques.

Drusslicher examine dans un travail les différentes conséquences que peuvent avoir les infections chez les diabétiques. Nous ne parlerons pas de la gravité ordinaire de ces dernières survenant chez des individus en état de dénutrition comme les diabétiques ; ce sont là des faits bien connus ; mais ce qu'il y a de plus étonnant, c'est l'allure singulièrement bénigne que les infections, et, dans un cas particulier cité par l'auteur, les pneumonies sont capables de revêtir dans le cours du diabète. Ainsi, voilà une femme, âgée de 50 ans, avec des quantités de sucre dans l'urine, variant de vingt à vingt-cinq grammes, qui présente subitement une température de 38°, avec râles crépitants au niveau du sommet droit. L'état général reste bon ; il n'y a presque pas de dyspnée, très peu de douleur ; la malade s'assied sur son lit, et parle sans paraître éprouver de gêne. C'est la forme torpide de la pneumonie ; à tel point qu'on la méconnaîtrait peut-être si les crachats n'avaient leur coloration caractéristique, si la percussion n'accusait une matité nette, et si le souffle de la pneumonie ne devenait bientôt perceptible. La fièvre reste dans les régions élevées six à sept jours, puis tombe au bout de ce temps, en même temps que les signes physiques disparaissent. La malade est guérie de sa pneumonie ; et ne semble pas être dans la convalescence d'une maladie aussi sérieuse. Le facies, l'état général n'ont nullement été modifiés au cours de la maladie ; ils sont restés ce qu'ils étaient auparavant ; la quantité de sucre n'a également subi aucun changement. De semblables faits il est difficile de tirer des conclusions, qui pourraient être accusées d'être trop hâtivement formulées ; il faut actuellement se borner à les enregistrer comme des exceptions remarquables. Notons cependant que, comme elle le fait d'ordinaire chez les gens affaiblis et débilités, la pneumonie dans cette observation s'est localisée au sommet. L'hypothèse de tuberculose doit être repoussée, car l'examen bactériologique n'a jamais permis de trouver le bacille de Koch.

Rapports entre la tuberculose des ganglions lymphatiques du cou et celle des amygdales.

M. Krückmann (*Virchow's Archiv.*, Bd. CXXXVIII, tft. 3) a étudié les rapports qu'il y a entre la tuberculose des amygdales

et celle des ganglions lymphatiques cervicaux, et il est arrivé à poser un principe déjà formulé avant lui, d'après lequel c'est dans les amygdales qu'il faudrait voir la porte d'entrée de l'infection tuberculeuse des ganglions lymphatiques de la région du cou, sinon toujours, du moins dans une bonne partie des cas. On sait, en effet, le rôle vraiment considérable que jouent les amygdales dans l'histoire de l'infection buccale, et il n'y a incontestablement rien d'impossible à admettre que les bacilles de Koch se logent dans les cryptes amygdaliennes, et que de là ils soient petit à petit entraînés par la circulation lymphatique qui les conduira évidemment vers les ganglions les plus rapprochés. Cette façon de voir satisfera encore davantage l'esprit, si l'on se rappelle quelle est la constitution de l'amygdale. Ajoutons toutefois que sa richesse en leucocytes doit faire présumer que la phagocytose y est intense.

Krückmann a fait soixante-quatre sections de ganglions et vingt-cinq fois il les a trouvés tuberculeux. A ces vingt-cinq ganglions correspondaient douze tuberculoses amygdaliennes; les amygdales pouvaient donc à juste titre être rendues responsables de l'infection tuberculeuse des ganglions, dans la moitié des cas où l'on rencontre celle-ci, ce qui est une proportion relativement considérable.

Ce fait comporte deux enseignements pratiques : il peut entrer pour une large part dans la discussion de l'opportunité de l'ablation des amygdales hypertrophiées, surtout chez les enfants; d'autre part, c'est un argument de plus, si toutefois il en est besoin, en faveur de la nécessité absolue d'une hygiène buccale aussi sévère que possible.

Tumeurs de la parotide.

Mandowsky (*Aerzt. Pratiker*, nos 32 et 38, 1894) rapporte un cas de tumeur rare de la parotide. Il s'agit d'une femme âgée de 23 ans. La tumeur, dont le début datait de neuf ans, avait soudainement pris un volume considérable. A l'examen, on constatait une tumeur de la grosseur d'un œuf de pigeon et placée immédiatement au-dessous de l'oreille droite. Cette tumeur adhérait aux tissus voisins; elle était d'une consistance molle et élastique à la palpation. Son bord inférieur était représenté par une seconde tumeur plus petite. L'état général de la malade paraissait satisfaisant; il n'y avait chez elle aucun signe d'une inflammation chronique antérieure. On enleva la tumeur qui, examinée au microscope, offrit la structure d'une gomme. En interrogeant de nouveau la malade, on apprit que son père avait eu la syphilis dans son jeune âge et l'on conclut, de là, que la tumeur en question n'était qu'une manifestation de syphilis congénitale. Selon Mandowsky, on trouve peu de faits semblables dans la littérature chirurgicale.

Le même auteur a décrit, il y a quelque temps déjà, une opération faite par Scheffler pour l'ablation d'une volumineuse tumeur maligne de la glande parotide. La malade était une femme, âgée de 48 ans, qui, depuis deux ans, était affectée d'une tumeur occupant, au moment où elle fut enlevée, toute la région parotidienne droite. Cette tumeur s'étendait, en effet, depuis le sterno-mastoïdien en arrière jusque dans le cou en bas, et sa partie profonde remplissait complètement la fosse rétro-maxillaire. Sur une portion de la surface extérieure de la tumeur, la peau avait été envahie par le mal et présentait une coloration rouge bleuâtre. Le nerf facial du côté affecté était inclus dans la tumeur. On porta le diagnostic de carcinôme de la parotide. La tumeur fut séparée de ses connexions en faisant une longue incision au-devant d'elle, incision qui devenait légèrement convexe en arrière. Derrière la tumeur, on fit en outre une incision semblable qui se continuait en haut et en bas avec la première incision. En haut et en arrière, l'incision fut ainsi prolongée jusqu'à l'apophyse mastoïde. Les différentes couches superficielles furent incisées, non sans couper des vaisseaux sanguins qui furent liés au fur et à mesure. Alors, par une dissection lente, la tumeur tout entière fut isolée et enlevée avec la peau comprise entre les deux premières incisions. Quand toute hémorrhagie eut été arrêtée, la plaie fut fermée ; elle était même parfaitement cicatrisée au bout de trois semaines. Il s'ensuivit nécessairement une paralysie du nerf facial.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 6 mars. — Présidence de M. Théophile Anger.

De l'intervention opératoire dans la réduction des luxations.

M. Picqué. — Vous m'avez chargé d'un rapport au sujet de trois observations communiquées dans l'avant-dernière séance par M. Civel (de Brest) ayant trait au traitement des luxations irréductibles par l'intervention sanglante. Je passerai rapidement sur les détails de ces observations pour vous soumettre les réflexions qu'elles m'ont suggérées.

Dans la première observation, qui est celle d'une luxation complète du coude en arrière et en dehors, M. Civel, après l'échec des autres moyens généralement employés, a fait l'arthrotomie dix-neuf jours après l'accident. Tout d'abord, section transversale un peu au-dessus de l'olécrâne comprenant la peau, l'aponévrose et le triceps. Mais un obstacle s'opposait à la réduction. Cet obstacle, c'était le ligament antérieur et aussi le tendon du brachial antérieur. M. Civel est obligé d'en faire la section, et ce n'est qu'ensuite qu'il peut obtenir la réduction. Tout d'abord, une question se pose, c'est celle de la date de l'intervention. Faut-il reprocher à M. Civel d'être intervenu trop tôt et de n'avoir pas utilisé, par exemple, le procédé de Farabeuf? Ce reproche ne porterait guère, si l'on songe que les résultats fonctionnels sont généralement peu brillants après ces tentatives. Nous devons, au contraire, approuver sa conduite en nous rappelant que l'obstacle, dans ces circonstances, est formé par les adhérences et les épaississements fibreux périarticulaires.

Mais ne vaudrait-il pas mieux faire ici la résection partielle que l'arthrotomie ? Enfin, j'approuve l'incision transversale faite par M. Civel. Avec quelques précautions, elle n'entraîne pas la lésion du nerf cubital et donne beaucoup de jour.

Dans la seconde observation, il s'agit d'une luxation intra-coracoïdienne de l'épaule droite remontant à cinq mois. M. Civel a dû faire l'arthrotomie. La tête humérale était complètement immobilisée. M. Civel a sectionné la capsule à sa partie supérieure. Il a pu produire ainsi des mouvements limités de l'articulation. Mais, dans un mouvement de rotation en dehors fait pour réduire la tête, il s'est produit un arrachement de la petite tubérosité. Ne pouvons-nous pas supposer, d'après cela, qu'il y avait dans cette épaule autre chose qu'une luxation traumatique, et l'idée d'une scapulalgie tuberculeuse, avec luxation spontanée, ne pourrait-elle pas nous venir d'autant mieux à l'esprit qu'il y avait dans l'aisselle un trajet fistuleux ?

Les conditions étaient beaucoup plus simples dans la troisième observation. C'était une luxation intra-coracoïdienne au douzième jour. M. Civel fait une opération analogue à la précédente : réduction, suture, guérison rapide. Mais, dans ce cas si facile, je me demande s'il y avait lieu de procéder sitôt à une arthrotomie, et si la luxation était bien franchement irréductible ? La rétraction capsulaire n'était-elle pas simplement partielle ? Dans ce cas, les manœuvres de Koeber auraient pu peut-être éviter une intervention sanglante. On ne procède à l'arthrotomie que s'il y a irréductibilité certaine.

M. Lucas-Championnière. — La question discutée aujourd'hui est très intéressante. Les interventions faites par M. Civel me semblent absolument justifiées. Mais est-il intervenu comme il fallait intervenir ? J'ai soutenu ici que l'on devait, dans les luxations irréductibles, pratiquer non l'arthrotomie mais la résection.

Or, la résection me semblait absolument indiquée dans les deux premiers cas de M. Civel. Vous avez vu à quelles difficultés M. Civel s'était heurté dans la réduction de la luxation du coude dont on nous a parlé. Ces difficultés accompagnent toujours l'arthrotomie; elles disparaissent dans la résection. De plus, après la résection, les résultats obtenus sont plus brillants que dans l'arthrotomie; les mouvements de la jointure sont plus complètement récupérés.

Puisque je parle de la résection, je répéterai que je suis partisan de la résection franche, totale, complète, et non de la résection partielle. Toutefois, dans une telle opération sur le coude, il faut épargner la tête du radius. Mais il faut faire une résection totale de la cavité sigmoïde du cubitus si l'on veut obtenir d'excellents résultats.

M. Civel a fait l'arthrotomie à une époque très rapprochée de la luxation. Je ne l'en blâme pas. Et, ce que j'ai dit tout à l'heure pour le coude s'applique aussi bien à l'épaule et, en particulier, au second cas de M. Civel. Ce dernier aurait-il dû pratiquer la traction forcée? Ce n'est pas mon avis. Plus jamais je ne la ferai. Elle m'a donné un résultat malheureux dans un cas où la malade refusa l'opération sanglante, alors que j'étais convaincu qu'une franche résection lui eût rendu l'usage de sa jointure.

M. Monod. — Combien de temps après l'accident M. Civel a-t-il fait l'arthrotomie dans le troisième cas qu'il nous a présenté?

M. Picqué. — Douze jours.

M. Monod. — Eh bien! je crois qu'il doit être dit, ici, que cette intervention a été trop hâtive.

M. Marchand. — Certainement, que de fois ai-je réduit sans intervention sanglante de bien plus vieilles luxations? Lorsqu'on doit opérer, je suis, au reste, de l'avis de M. Championnière: la résection vaut mieux que l'arthrotomie; souvent même elle est seule possible.

M. Félizet. — Je tiens à m'associer aux conclusions de M. Lucas-Championnière et à proclamer avec lui la supériorité de la résection sur l'arthrotomie. Mais je crois que, pour les enfants, la résection totale est médiocre, tandis que la résection incomplète donne de bons résultats. C'est, du moins, l'opinion que je me fais d'après ma pratique personnelle. Je crois donc que, si la résection totale est l'opération de choix pour les adultes, la résection partielle convient davantage aux enfants.

M. Quénu. — Les observations présentées par M. Monod et par M. Marchand n'ont pas toute la portée clinique désirable. Quand nous sommes en face d'une luxation irréductible, quel intérêt y a-t-il de savoir si elle est ancienne ou récente? Elle est irréductible ou elle ne l'est pas: voilà tout. Si elle résiste à tous les moyens de réduction dont nous disposons, il faut procéder sans retard à l'intervention sanglante. C'est ce que j'ai fait sur un élève de Saint-Cyr qui avait une luxation de cinq semaines. C'est ce que fera tout prochainement mon assistant Sebileau qui n'a pas pu arriver à réduire sous le chloroforme chez un adulte une luxation du coude en arrière et en dedans datant de cinq jours. Dans les deux cas, les dates du traumatisme diffèrent, mais peu importe; puisque nous ne pouvons réduire par les moyens non sanglants, n'attendons pas que la rétraction et les adhérences se produisent et opérons le plus tôt possible.

M. Ricard. — Je suis absolument de l'avis de M. Quénu. L'ancienneté de la luxation ne présente aucun intérêt pour le chirurgien; le fait seul qu'elle est irréductible doit le guider. Et l'on pourrait, me semble-t-il, diviser les luxations en deux classes: *a*) les luxations irréductibles de date récente, pour lesquelles, tout en adoptant la résection, comme le conseille M. Lucas-Championnière, il ne faudrait peut-être pas négliger complètement l'arthrotomie; *b*) les luxations irréductibles de date ancienne qui sont complètement justiciables de la résection.

M. Kirmisson. — Tout en partageant les idées de M. Lucas-Championnière, je suis d'avis, comme M. Ricard, de donner une plus large part à l'arthrotomie. Après tout, si, primitivement, les luxations deviennent irréductibles, il faut se rappeler que l'irréductibilité doit être mise sur le compte des liens articulaires. Or l'arthrotomie ne suffit-elle pas pour lever ce genre d'obstacles? Quant à la résection, je n'irai pas jusqu'à dire, avec M. Félizet, qu'il faille toujours la faire partiellement chez les enfants. Le périoste est doué, chez eux, du pouvoir régénérateur le plus grand. N'est-ce pas une raison pour admettre la résection totale?

M. Lucas-Championnière. — M. Quénu a parfaitement raison; le temps ne signifie rien. Je répète que je préfère la résection à l'arthrotomie, ce qui ne veut pas dire que celle-ci, dans certains cas faciles et récents, ne produise pas de bons résultats. Quant à la résection chez les enfants, je n'ose en parler, n'ayant pas l'expérience de la chose. Néanmoins, bien que je n'aie jamais rencontré le bras de polichinelle dont parle M. Félizet chez les enfants ayant subi la résection totale, je conviens que la résection ne doit pas toujours être faite chez les enfants comme je la fais chez les adultes.

M. Picqué. — Je suis heureux d'avoir entendu les judicieuses remarques auxquelles mon rapport a donné lieu, et je me propose de revenir avec plus de détails sur ce sujet dans la prochaine séance.

Nouveau procédé pour la cure radicale de la fistule recto-vaginale.

M. Segond. — Il y a seize ans, une jeune fille s'introduisit, de concert avec une de ses contemporaines, un pot de pommade dans le vagin. La pommade s'écoula, le pot resta. Des deux vierges, l'une mourut bientôt, emportée par une péritonite foudroyante, et l'autre survécut. Même elle se maria et une tolérance parfaite s'établit entre le mari, le pot de pommade et le vagin. Mais, il y a quelque temps, des accidents graves survinrent; on fit appeler à trois reprises le docteur Ferrand; il voulut examiner la malade: mari et femme, tout le monde refusa. Mais, comme les accidents empiraient, celle-ci fit enfin sa confession; on retira, non sans peine, le pot de pommade; mais derrière lui des matières fécales étaient accumulées et une large fistule recto-vaginale occupant toute la largeur de la paroi vaginale postérieure s'était établie. On me demanda. Il fallait opérer; mais que faire? Les procédés ne manquent pas, certes; mais quelle fistule! Il y a, d'abord, toutes les périnéorrhaphies. Mais vraiment le périnée de ma malade était si beau, si solide (je n'en ai jamais vu de pareillement résistant) que je me pensai incapable de lui donner, après coup, sa perfection première. Il y avait ensuite les différents procédés par glissement, parmi lesquels celui de M. Le Dentu; je pensai qu'ils n'étaient pas, dans le cas particulier, applicables. Enfin, je pouvais aussi employer la méthode par dédoublement, celle d'Heydenreich ou de Quénu. J'avoue que le procédé de Quénu était celui qui me tentait le plus. Mais c'est le col qui était en question, et non pas seulement le vagin. Donc, je résolus d'agir à ma fantaisie. Alors, voici ce que j'ai fait:

Tout d'abord, je me suis rappelé que la dilatation du sphincter de l'anus permettait la chute du rectum. Alors, je ne me suis nullement préoccupé du vagin, mais j'ai dilaté le sphincter de l'anus, incisé circulairement la muqueuse anale au pourtour de la peau. Puis, j'ai fait l'extirpation de la paroi antérieure de la partie inférieure du rectum en dédoublant au fur et à mesure la cloison recto-vaginale jusqu'au niveau de la fistule. Puis, j'ai pu attirer la paroi antérieure du rectum dans la partie sous-jacente à la fistule et suturer ensuite cette paroi au pourtour antérieur de l'anus. De la sorte, j'avais complètement obturé la fistule dont il ne me restait plus qu'à réunir la paroi descendue aux deux lèvres par quelques fils. Finalement, j'avais, pour ainsi dire, tiré un store au-devant de la fenêtre fistuleuse du vagin, mais j'avais pris soin de fixer le store au rez-de-chaussée.

L'on ne peut pas appliquer un seul et même procédé à toutes les fistule vaginales. J'ai fait et imaginé le procédé de glissement, d'autres sectionnent le périnée. M. Segond vient de nous rendre

compte d'un procédé très ingénieux. Néanmoins, je dois dire que le procédé de M. Segond touche au mien par certains côtés. Il relève tout entier du glissement. Mais M. Segond a pratiqué le glissement en grand, tandis que moi je le faisais sur un champ moins étendu. Sa méthode est donc, au total, très originale.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séances des 26 février et 5 mars.

Rapports des neurones entre eux.

M. Renaut (de Lyon). — On sait que M. Ramon y Cajal a montré que les connexions des neurones, c'est-à-dire des cellules nerveuses prises dans leur totalité, se font par simple contact, et non par continuité. C'est un point sur lequel j'ai fait quelques recherches, et de l'étude de mes préparations il ressort clairement que la théorie de l'absence de continuité ne doit pas être généralisée au delà de certaines limites. J'ai vu, en effet, que les grandes cellules ganglionnaires étaient pourvues de prolongements protoplasmatiques dont l'ensemble formait un réseau très fin. Ces prolongements ont d'ailleurs une intrication plexiforme toute spéciale, tenant à ce qu'ils présentent des renflements vacuolaires au niveau desquels ils s'appuient les uns sur les autres.

Effets des différentes boissons alcooliques chez l'homme, et de leurs rapports avec la tuberculose.

M. Lancereaux. — Les boissons alcooliques appelées amers, apéritifs, etc., outre leurs caractères communs, ont des caractères propres. Ainsi les boissons avec essences exagèrent la sensibilité douloureuse, tandis que le vin et l'alcool la diminuent ou l'abolissent. D'autre part, les apéritifs et l'alcool ne modifient pas le volume du foie, alors que le vin l'exagère.

Les buveurs d'absinthe et boissons semblables ont leurs réflexes plantaires très exagérés; la pression abdominale détermine une contraction des muscles abdominaux avec projection de la tête en arrière.

Rien de pareil chez les buveurs de vin et d'alcool. Enfin, chez les buveurs d'absinthe, l'on voit des fourmillements, des picotements, des élancements, des paralysies, qu'on n'observe pas chez les buveurs de vin et d'alcool. Ceux-ci sont prédisposés au délire aigu; les buveurs de boissons avec essences, à la démence et à l'abrutissement. Il faut faire entrer en ligne de compte les huiles essentielles qui font partie des amers et des apéritifs; ainsi s'expliquent les différents résultats constatés.

Il est autre chose de bien plus important encore; c'est l'influence des boissons alcooliques sur le développement de la tuberculose La tuberculose du buveur existe, avec ses caractères propres. Elle se fixe au sommet droit et en arrière, et elle guérirait si le malade s'abstenait de continuer à boire. Mais le malade suivant rarement cette conduite, de nouvelles poussées viennent se surajouter aux premières, et la tuberculose devient incurable. La tuberculose des alcooliques peut aussi envahir rapidement les poumons, le péritoine, les méninges, et tuer rapidement.

Ce qu'il faut bien savoir, c'est la prédisposition des alcools et essences à la tuberculose, par la diminution des combustions organiques qu'ils produisent, et par leur élimination par les poumons.

Devant ces conclusions, il faudrait prendre des mesures capables de restreindre l'usage de l'alcool en boisson, et tâcher de le débarrasser de toutes ses impuretés.

Accidents cérébraux de la grippe.

M. Cornil. — J'ai vu trois cas d'encéphalopathie d'origine grippale, qui tous trois ont guéri. Dans les deux premiers cas, on pouvait se croire en présence d'une méningite aigue ; dans le dernier, il s'agissait d'une hystérique, avec hémiplégie et anesthésie. Mais ce n'était pas de l'hystérie, car j'ai constaté de la paralysie faciale, de l'inégalité pupillaire et une aphasie distincte du mutisme nerveux; faits que j'ai retrouvés dans mes deux premières observations. C'étaient les principaux symptômes de ces trois cas d'encéphalopathie grippale.

Procédé d'hystérectomie abdominale totale par fibrômes utérins.

M. Richelot. — Pour supprimer les inconvénients du pédicule, le mieux est de le supprimer lui-même. J'y suis parvenu en abandonnant les ligatures et les sutures, et en les remplaçant par des pinces à demeure comme dans l'hystérectomie vaginale. On a ainsi, en effet, la copie identique d'une hystérectomie vaginale. Par ce moyen, j'ai déjà fait trois opérations et j'ai obtenu trois guérisons. J. P.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 1er mars.

Des modifications de la température et du pouls dans les cas de diphtérie traités par le sérum antidiphtérique.

M. Variot. — Quand j'ai pris le service de la diphtérie à l'hôpital Trousseau, tous les enfants mis dans les salles d'isolement recevaient une injection préventive de 20 centimètres cubes de sérum antidiphtérique. Si quelques-uns étaient reconnus bactériologiquement non diphtériques, on les plaçait ensuite dans une salle à part. J'ai donc continué d'appliquer cette méthode auparavant suivie, et, c'est chez ces enfants non diphtériques, mais ayant subi une injection préventive, que j'ai pu faire les remarques que j'ai l'honneur de vous présenter.

Je veux tout d'abord revenir rapidement sur les variations de la température et du pouls chez les malades atteints de diphtérie. Au début de cette affection, la température est élevée, le pouls est accéléré. Plus tard, la température décroît, mais le pouls devient faible et arythmique et cela surtont dans les formes graves de la maladie. Il suit de là que les toxines sécrétées par le bacille de Loeffler peuvent provoquer des troubles circulatoires qui se manifestent par de la petitesse et de l'irrégularité du pouls. Ces faits, messieurs, obligent donc à certaines réserves quand il s'agit d'apprécier l'action du sérum antitoxique sur la circulation. Néanmoins, en jetant un coup d'œil sur les courbes thermiques que je vous apporte, j'y remarque un point commun : c'est l'élévation constante de la température de un demi à un degré, quatre heures environ après l'injection de sérum antitoxique. Et ce n'est qu'au bout de deux ou trois jours, en général, que la température redescend au chiffre normal. Pour plus d'exactitude, j'ai fait prendre la température des malades heure par heure après l'injection, et toujours, huit ou dix heures après cette injection, on voit la température s'élever jusqu'à 39 ou 40°. Chez les enfants, la surélévation de la température est peut-être moins grande, mais j'ai vu mon interne, M. Chabry, avoir une température de 40° 7 à la dixième heure après la première injection qui lui fut faite au cours de sa diphtérie.

Donc, je le répète, il importe, dans ce genre d'observations, d'examiner la température du malade heure par heure après la première injection et l'on se rend compte que le sérum antitoxique élève certainement l'état calorimétrique du sujet. On peut ainsi rapprocher l'antitoxine de la toxine même du bacille diphtérique qui provoque un état de fièvre quand elle est injectée chez le cheval.

En même temps que j'examinais les modifications de la température, j'ai noté les variations du pouls. Or, le pouls donne couramment après les injections d'antitoxine de 140 à 160 pulsations par minute. Ce chiffre est évidemment insolite quand la température ne dépasse pas 38°. Encore faut-il faire remarquer que certaines causes d'erreur peuvent se présenter quand il s'agit d'enfants en bas âge. J'ai observé, en effet, que chez les enfants au-dessous de

deux ans, le pouls radial dépasse 110 et 120 pulsations par minute. Chez les enfants au-dessus de deux ans, ce chiffre est un peu moins élevé. Il y a donc de grandes variations dans le pouls des enfants même à l'état normal. Ces variations sont plus grandes encore si l'on veut bien envisager que le moindre état fébrile les augmente. Il convient donc, pour plus d'exactitude, au cours de ces observations, de ne s'adresser qu'à des enfants âgés de plus de six ans et présentant une angine sans croup. C'est dans ces conditions que j'ai noté les points suivants sur lesquels je désire encore attirer votre attention.

A la suite de l'injection d'antitoxine, le pouls s'accélère et bat à 140 ou à 160 pulsations a la minute. Puis, il y a dissociation entre l'état de la température et celui du pouls. Pendant que l'un redescend à la normale, l'autre reste au chiffre de 140 pulsations. Enfin, quand les fausses membranes disparaissent, le pouls devient petit, imperceptible, on a de la peine à l'enregistrer.

D'autres fois, les pulsations sont exagérées et intermittentes. A part cette irrégularité dans les battements du cœur, je n'ai remarqué dans cet organe aucun bruit de souffle. Quelquefois, j'ai noté de l'inégalité dans le pouls des deux radiales. Enfin, dans certaines diphtéries légères, les modifications du pouls ont été aussi accentuées que dans les formes graves.

Je signale, toutefois, que ces troubles circulatoires consécutifs aux injections du sérum antitoxique se présentent, mais d'une manière moins intense, lorsque l'on est obligé de renouveler l'injection.

A quoi sont dus ces troubles ? Je crois que le sérum en est l'agent le plus actif. Et je tire cette conclusion de celles de mes observations qui concernent les enfants non diphtériques immunisés par une injection préventive de sérum. J'y note que la courbe thermique ressemble à la courbe des enfants véritablement diphtériques. Ces résultats ont, pour ainsi dire, la valeur d'expérimentations physiologiques. Les expérimentations, je n'ai pas eu le temps de les pratiquer, mais je suis convaincu qu'elles confirmeront mes affirmations.

En dernière analyse, le sérum antitoxique provoque de l'éréthisme cardiaque tout d'abord, puis de l'asthénie cardiaque. Cette asthénie cardiaque prouve que le myocarde a été atteint, et c'est le sérum qu'il faut accuser de la lésion. La toxine diphtéritique est capable de produire la dégénérescence cardiaque, nous le savons. Mais qui nous dit, en somme, que l'antitoxine ne possède pas les mêmes propriétés ? A ce compte-là, le sérum que nous ne connaissons pas du tout pourrait très bien n'être que de la toxine diphtérique atténuée et transformée et qui aurait, comme elle, une action nocive sur la fibre cardiaque.

Peut-être l'antitoxine a-t-elle une action vaso-dilatatrice favorisant la chute des fausses membranes et expliquant ainsi ses avantages indéniables ; peut-être, aussi, exerce-t-elle sur les vaisseaux une action semblable à celle qu'elle exerce sur le cœur ? Quoi qu'il en soit, l'antitoxine possède une action hyperthermisante certaine.

Cette hyperthermie s'accompagne d'asthénie cardiaque et de modification du pouls. Je crois pouvoir dire, de plus, que chez les adultes cette action hyperthermisante est plus manifeste comme il m'a été donné de le voir chez M. Chabry et chez un externe du service qui présenta des bacilles de Lœffler dans une angine au cours de la grippe. En résumé, cette action hyperthermisante m'engage à rejeter l'injection préventive et je suis porté à croire qu'il vaut mieux attendre la fausse membrane et la présence certaine du bacille de Lœffler pour faire cette injection.

M. Rendu. — J'ai eu l'occasion de soigner trois cas de diphtérie chez des adultes. J'ai eu recours au sérum antidiphtérique, et, contrairement a ce que nous dit M. Variot, je n'ai jamais vu la température s'élever après les injections.

M. Variot. — Pour se rendre compte de l'élévation de température, il ne suffit pas de la prendre matin et soir, mais bien toutes les heures. Il peut se faire que la température, douze heures après l'injection, soit retombée, après s'être élevée. Ainsi s'expliquent les cas observés par M. Rendu, qui ne viennent nullement s'opposer aux faits que j'ai communiqués à la Société ; le sérum reste une substance hyperthermisante.

M. Sevestre. — Je ne nie pas l'action hyperthermisante du sérum, mais j'ai vu un cas où la première injection n'avait produit aucun effet de ce genre, alors que quatre ou cinq heures après la seconde injection, le malade s'est plaint de sensation pénible au foyer de la piqûre, d'angoisse assez accusée, d'un état de malaise très accentué, avec fièvre atteignant 40°.

M. Variot. — Je ne dis pas qu'après la seconde injection il n'y a pas d'action hyperthermisante, mais après la seconde injection elle est plus faible qu'après la première.

Etiologie des pleurésies.

M. Catrin. — Je m'associe pleinement aux réserves formulées par M. Netter, au sujet de la communication de M. Fernet. La part que M. Fernet fait à la pleurésie tuberculeuse me semble beaucoup trop faible, et Kelsch lui-même, sur lequel s'appuie M. Fernet, l'a faite beaucoup plus forte. M. Fernet considère 25 0/0 des pleurésies primitives comme tuberculeuses, tandis que Kelsch, dans sa dernière publication, élève ce chiffre jusqu'à 70 à 75 0/0.

M. Fernet dit qu'il y a des pleurésies à staphylocoques, ou reconnaissant d'autres microbes comme origine ; effectivement, mais pas dans la proportion où il le dit. Il faut bien savoir, en effet, que la tuberculose est souvent associée à ces différents microorganismes, et que, pour la déceler, l'inoculation aux animaux est nécessaire. MM. Chauffard et Gombault par leurs inoculations ont trouvé de la tuberculose une fois sur deux, résultats qui concordent avec les miens. Je voulais précisément demander à M. Fernet quel a été son *modus faciendi* d'expérimentation, pour aboutir aux résultats qu'il nous a communiqués.

Comme M. Netter, j'ai rarement trouvé le pneumocoque, et encore, quand il existait, y avait-il eu des symptômes de pneumonie avant la pleurésie.

Toutes ces questions, qui ont leur intérêt chez tous les malades, sont encore bien plus importantes dans l'armée, où, lorsque l'on se trouve en présence d'un sujet atteint de pleurésie, il est de toute nécessité de savoir si elle est d'origine tuberculeuse.

La diphtérie à l'hôpital Trousseau.

MM. Sevestre et Meslay. — Pour faire suite à la communication de M. Moizard ayant trait à la statistique de la diphtérie à l'hôpital Trousseau pendant les mois d'octobre et de novembre de l'année dernière, je vous apporte les résultats des cas que j'ai eu à traiter du 1er décembre au 25 décembre. Sans parler des 33 enfants qui se trouvaient dans le service quand je l'ai pris, ma statistique porte sur 179 malades, dont 150 diphtériques ; les 29 autres, qui étaient entrés dans le pavillon, n'avaient pas de bacille de Lœffler. Ces derniers cas ne m'arrêteront pas longuement ; il s'agissait d'angines pseudo-membraneuses à streptocoques assez fréquemment ; elles simulaient plus ou moins les angines diphtéritiques vraies, mais le critérium était la guérison, à laquelle on aboutissait par le seul traitement local. Ces angines étaient quelquefois compliquées de laryngites, qui auraient pu donner le change pour le croup. Je dirai en terminant cette première catégorie que cinq fois ces malades ont présenté de l'érythème. Il est probable que ce dernier doit être rapporté à l'injection préventive de sérum.

Sur les 150 cas de diphtérie vraie, ma statistique donne 135 guérisons et 15 morts, soit une mortalité de 10 0/0. Si je retranche, comme il est juste de le faire, les enfants morts vingt-quatre heures après leur entrée à l'hôpital, il ne reste plus que 10 décès, soit une mortalité de 6.66 0/0. Voici comment se répartissent ces différents cas :

Angine diphtérique pure	29 cas.	1 décès.		
— — associée	24 —	3 —		
Croup diphtérique pur	53 —	4 —		
— — associé	21 —	5 —		
— sans angine	13 —	2 —		
— avec angine diphtérique associée	9 —			

On voit que ces statistiques sont favorables, malgré l'existence de formes graves. Et ces dernières mêmes seraient moins funestes, si l'on avait plus de chambres d'isolement et si l'installation était mieux organisée.

Les injections de sérum n'ont pas donné lieu à des accidents locaux. Au plus j'en ai injecté 50 centimètres cubes, au minimum 10 centimètres cubes. Rarement il m'a fallu renouveler l'injection avant vingt-quatre heures, et rarement après vingt-quatre heures, il m'a fallu injecter plus de 20 centimètres cubes. Le second jour, je n'injectais que 10 ou 5 centimètres cubes; quant au troisième jour, je ne dépassais pas non plus cette dose ou je pouvais m'abstenir de toute injection.

La dose à laquelle on doit faire la première injection dépend de différents facteurs : de la température, du pouls, de la respiration, comme dit Roux. en même temps que de l'état local, de l'adénopathie, et enfin de la faiblesse plus ou moins grande du malade. Après une première injection, surtout si elle a été faite à forte dose, le mieux est de ne pas se presser, mais d'attendre, et de ne plus injecter que 25, 30. 35 centimètres cubes dans les deux ou trois jours qui suivent. De plus, alors que souvent la première injection semble n'avoir aucun retentissement sur l'état général du malade, la seconde élève la température de 37 à 40°. J'ai vu le fait chez un enfant de 4 ans; la température était primitivement descendue, mais à la seconde injection, elle est montée de 2 degrés. C'est là un fait à bien connaître, il permet de ne pas confondre l'indication d'une nouvelle injection avec les conséquences d'un traitement trop actif.

Le sérum est d'ailleurs variable avec le cheval dont on le retire; ceci explique en partie les résultats différents qu'on obtient suivant les injections; il serait bon que l'Institut Pasteur, en même temps qu'il nous fournit le sérum, nous tint au courant de son pouvoir, aussi exactement que possible.

Dans les angines à diphtérie pure ou associée, sous l'influence du traitement, on peut suivre la fausse membrane, qui, au bout de vingt-quatre heures, devient d'une blancheur éclatante, se décolle sur les bords, et enfin tombe et est expulsée. Les plaques amygdaliennes sont les premières atteintes. Il est assez exceptionnel qu'une fois tombée, la fausse membrane se reproduise · si d'ailleurs on voit un point blanc qui apparait, une nouvelle injection s'impose. Mais on peut émettre comme règle que non seulement l'injection détermine la chute des fausses membranes existantes, mais encore qu'elle parait empêcher le développement de nouvelles fausses membranes.

Les mêmes considérations s'appliquent aux fosses nasales et au larynx; de plus, au niveau de ces régions, il faut faire de nombr uses irrigations, comme je l'ai pratiqué chez les malades, dont je vous rapporte la statistique.

En même temps que se détergent toutes ces fausses membranes, les ganglions cervicaux diminuent vite de volume; d'ailleurs, si l'adénophatie persistait, ce serait une indication pour une nouvelle injection. De même, la température et le pouls subissent une marche descendante et se rapprochent de la normale; l'élévation de la température appelle aussi l'emploi d'une injection nouvelle.

L'albuminurie ne me semble pas une contre-indication au traitement sérothérapique. Je l'ai observée 95 fois sur 150. Son apparition et sa durée sont variables; elle disparait plus ou moins vite, mais peut réapparaître. Les urines, après les injections, sont fétides, et contiennent des sels, particulièrement des phosphates, comme l'a montré M. Legendre.

J'ajouterai que l'état général des enfants que j'ai traités pendant le mois de décembre, dans mon service, s'est toujours assez rapidement amélioré; ils perdent leur apparence cachectique, leur teint pâle et plombé; leur séjour à l'hôpital en est abrégé d'autant; mais, en quittant l'hôpital, ils ont encore des bacilles dans la gorge, et ainsi sont à même d'infecter leurs frères et sœurs. Il est regrettable que le manque de place force à les renvoyer trop tôt.

Les paralysies que j'ai observées pendant le mois de décembre étaient limitées, fugaces et duraient quelques jours. La paralysie ne s'est généralisée qu'une fois. J'ai noté une fois la paralysie des muscles moteurs du globe oculaire.

Enfin, les cas de morts que j'ai observés pendant le mois de décembre se répartissent comme suit : sur 29 cas de diphtéries pures, il y a eu une mort, 17 heures après l'entrée du malade à l'hôpital; sur 24 cas de diphtéries associés, il y a eu 3 morts : l'une au bout d'un jour, l'autre au bout de 6 jours, la troisième au bout de 3 jours par syncope.

Si nous examinons maintenant les cas de croup, d'une façon générale, nous remarquons que la sérumthérapie a restreint l'envahissement du larynx par la diphtérie. Un enfant amené à l'hôpital avec tirage sus et sous-sternal voit ce tirage diminuer au bout de 24 heures par l'emploi de la sérumthérapie. Il semble aussi que, sous l'influence de la sérumthérapie, les opérations donnent de meilleurs résultats; mais, ce qu'on ne saurait trop répéter, c'est que, dans les cas de trachéotomies, il faut soigneusement éviter toute cause d'infection secondaire, et pour cela, avant tout, isoler les cas compliqués. De plus, le traitement de Roux atténue le pronostic des bronchopneumonies moins souvent mortelles.

Lorsque l'on est obligé d'avoir recours à la trachéotomie, le détachement rapide des fausses membranes permet d'enlever assez vite la canule. Il suffit de la laisser vingt-quatre heures, trois jours, trois jours et demi au plus. Il est bien plus rare qu'elle doive rester en place six ou sept jours. En laissant la canule aussi peu de temps, on évite les végétations, les rétrécissements de la trachée, comme les plaies irrégulières, car la plaie se cicatrise rapidement.

Le tubage doit aussi trouver sa place ici. L'intubation, comme l'a dit Roux, est le complément de la sérothérapie; il ne faut pas les séparer. Le tubage est une opération palliative, qu'il ne faut pas accepter, hors les cas de sérothérapie. Quand on fait le tubage, on doit avoir près de soi les instruments de trachéotomie, pour recourir à cette dernière le cas échéant. Pour le tubage, il vaut mieux accorder la préférence à l'appareil américain, qui est moussé; en revanche, l'extracteur français est préférable à l'américain.

Le tube est laissé en place un temps variable; laissé trop longtemps, il peut être l'origine de certaines altérations laryngées; cependant chez une enfant de trois ans et demi où il était resté vingt à vingt-deux jours. la muqueuse laryngée ne présentait pas la moindre rougeur. Je crois que le fil doit être enlevé; sa présence gêne l'alimentation, tracasse l'enfant; enfin, il peut servir de voie de conductibilité aux microbes pathogènes qui se rendent ainsi facilement dans les voies respiratoires inférieures.

La sérothérapie ne m'a pas donné d'accidents locaux; une propreté rigoureuse les évite. Les accidents tardifs sont plus difficiles à constater; sur 150 malades, 15 seulement ont été ramenés à l'hôpital. Comme complications observées, je citerai des éruptions scarlatiniformes, ortiées ou morbilliformes, trois cas d'arthralgie d'intensité différente, phénomènes déjà signalées. Je dois ajouter deux espèces d'accidents nouveaux que j'ai observés, et dont la cause me semble bien devoir être rattachée à l'emploi du sérum : ce sont des diarrhées dysentériformes, fétides et sanguinolentes, mais qui guérissent en 48 heures, à côté desquelles il convient de mettre la vulvite. Ce sont là des faits qui n'ont pas de caractère grave, mais qui demandent à être connus.

De tous ces faits, il résulte que les bons effets de la sérothérapie sont de plus en plus démontrés; mais il est démontré aussi qu'il faut manier le sérum avec soin, mais pas à la légère, en

obéissant aux nécessités commandées par chaque cas particulier; en un mot, en agissant en clinicien.

M. Variot. — Est-ce que les statistiques de janvier et de février sont aussi bonnes dans le service de M. Sevestre que celle de décembre ?

M. Sevestre. — Mes statistiques de janvier et de février diffèrent un peu de celle que je viens de vous présenter. Et encore, celle de février se rapproche-t-elle beaucoup plus de celle de décembre que celle de janvier; en janvier, nous avons eu une épidémie de grippe qui a donné lieu à des déterminations pulmonaires au cours ou après la diphtérie, d'où plus grande gravité de cette dernière. Enfin, ma statistique de décembre a été prise à Trousseau, tandis que celle des deux mois de cette année vient des Enfants-Malades, où les services sont beaucoup moins bien organisés.

Il est encore un point sur lequel je tiens spécialement à attirer l'attention. On nous amène les enfants malades déjà depuis 4, 5, 6, 8 jours, au moment où ils ont du tirage, quelques jours après l'apparition des fausses membranes. Ils nous arrivent quelquefois mourants. Que pouvons-nous faire dans ces conditions ?

M. Variot. — Il existe une forme toxique de diphtérie où le sérum est impuissant, même à dose massive. De plus, j'ai vu deux cas de repullulation de diphtérie traitée par le sérum.

Sérum et albuminurie.

M. Achard, au nom de MM. Gasser et Couton, lit une note où ces auteurs disent avoir trouvé de l'albumine dans les urines de malades auxquels on avait injecté du sérum antidiphtéritique, et qui n'avaient pas de bacilles de Lœffler. Il est donc bien évident que l'albumine est due au sérum. Ces auteurs indiquent de plus, quelles sont les causes d'erreur à éviter dans la recherche de cette albumine. J. P.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 14 février. (Suite.)

Un nouveau cas de dystrophie papillaire et pigmentaire (Acanthosis nigrirans).

M. J. Darier présente un nouveau cas de cette affection cutanée dont il a recueilli les premières observations en 1889 et 1890, la priorité de la publication appartenant à Pollotzu et à Janooski qui ont proposé le nom d'*Acanthosis nigrirans*.

Cette dermatose est régionale et symétrique, les modifications de la peau occupent toujours certaines régions qui sont le cou, la face, le pourtour des orifices naturels et de l'ombilic, les plis articulaires, la rainure interfessière et les plis inguino-scrotaux; elles consistent en une pigmentation brune ou ardoisée avec hypertrophie papillaire, exagération des plis et des sillons qui donne aux parties atteintes un aspect rugueux ou verruqueux comparable à celui du maroquin ou d'une écorce d'arbre. Il n'y a aucune desquamation et aucun enduit sur la peau. La paume des mains est remarquable dans tous ces cas par un épaississement de la couche cornée avec saillie marquée des crêtes papillaires, mais sans pigmentation anormale. Il y a en même temps des papillomes disséminés en divers points du corps. Cette dystrophie diffère absolument de toutes les mélanodermies connues, ainsi que des états ichthyosiques et séborrhéiques, ce que des examens histologiques précédents permettent d'affirmer.

Le malade présenté offre un double intérêt : 1° parce que l'affection cutanée est chez lui à son début, ne date que de six semaines; cependant les caractères des lésions sont si nets, leur distribution est si régulière qu'on en peut conclure à la légitimité et à l'individualité de ce type morbide. Il présente accessoirement des papillomes multiples récents sur les épaules et des nævi pigmentaires nombreux sur la face et sur le tronc.

2° Dans tous les cas publiés avec détails suffisants on a noté que les malades étaient atteints de carcinose gastrique ou abdominale, ou tout au moins de symptômes rendant le diagnostic de cancer de l'estomac très probable. Le sujet présenté ne fait pas exception à cette règle. Il n'a que 30 ans, mais, depuis trois ou quatre ans, il vomit régulièrement, et sans un jour d'intervalle, tous ses repas; il a eu 2 ou 3 hématémèses, ne supporte que du lait et a beaucoup maigri. On ne trouve pas de tumeur gastrique nette, mais des ganglions susclaviculaires volumineux et durs du côté gauche, sans raison appréciable. Son père est mort d'un cancer de l'estomac à 56 ans.

M. Darier émet les conclusions suivantes :

1° La dystrophie papillaire et pigmentaire est un type morbide légitime et bien défini, qui, dès son début, s'accuse par des lésions caractéristiques et une distribution spéciale ;

2° Cette dystrophie paraît se développer toujours secondairement à une carcinose gastrique ou abdominale, sans qu'on puisse toutefois dire actuellement quel est le mécanisme physiologique qui intervient (auto-intoxication ou irritation du sympathique abdominal). Elle doit donc figurer parmi les dermatoses qui dépendent de maladies internes.

Sur un cas de lèpre nerveuse avec poussée érythrodermique très intense et troubles médullaires.

MM. Hallopeau et **Jeanselme** mettent en relief, dans ce fait, les particularités suivantes : 1° l'étendue de l'éruption a été exceptionnelle; dans toutes les régions du corps, de vastes surfaces ont été envahies; 2° des îlots de peau saine ont persisté au milieu de plusieurs de ces plaques comme on l'observe dans les érythrodermies psoriasiques et prémycosiques; 3° l'intensité et la persistance des troubles digestifs, particulièrement les vomissements incoercibles qui ont persisté pendant plusieurs jours, plaident en faveur d'un exanthème coïncidant avec la poussée exanthématique; 4° la prostration provoquée par ces éruptions a été des plus intenses; 5° une seule paralysie motrice, celle du rameau de l'orbiculaire droit, a été constatée; 6° les troubles de la sensibilité, après avoir été très prononcés aux quatre extrémités, ont très notablement rétrocédé; 7° l'exagération des réflexes plantaires et patellaires, ainsi que l'hypéresthésie douloureuse, ne peuvent s'expliquer que par un trouble de l'innervation spinale, particularité remarquable, car l'on sait que la moelle a été trouvée le plus souvent intacte chez les lépreux; 8° l'amélioration constatée ne doit pas être rapportée au traitement, mais bien à l'évolution naturelle de la maladie; elle est de règle après les poussées aiguës.

Sur un lichen plan avec hyperkératoses palmaires et plantaires.

M. Hallopeau formule les conclusions suivantes : le lichen plan peut exceptionnellement avoir pour siège d'élection les paumes des mains et les plantes des pieds; il constitue une forme d'hyperkératose; les parties indurées et squameuses sont alors entourées par une zone érythémateuse qui les encadre complètement et correspond aux limites de la région; ces hyperkératoses s'accompagnent d'un prurit intense. LOUIS WICKHAM.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance de février. — Présidence de M. MAYGRIER.

Du danger de l'application des lacs dans les accouchements.

MM. Bar et **Tissier** présentent un enfant âgé de deux ans, qui naquit en présentant le siège et chez qui l'un deux fit une application de lacs. L'extraction de l'enfant fut pénible et on constata à la naissance une section de la peau qui guérit sans complication. Aujourd'hui, l'enfant boite, et on peut s'assurer que

la boiterie est due à un raccourcissement du fémur portant spécialement sur son extrémité supérieure. Ils présentent, en outre, un moulage montrant combien peuvent être étendues et profondes les lésions produites par les lacs.

M. Charpentier ne croit pas à l'innocuité des lacs dans le traitement de la présentation du siège ; il a observé dans un cas de présentation du siége la fracture du fémur. Il pense que dans le cas de M. Bar, il s'est bien agi d'une fracture du fémur. Il préfère l'extraction manuelle.

M. Porak croit aussi au danger des lacs, mais on est bien obligé d'y avoir recours dans le plus grand nombre de cas. Il ne pense pas que dans le cas de M. Bar, il se soit agi d'une fracture. Lorsque cet accident est le résultat d'un traumatisme portant sur un os sain, le cal est énorme et les fragments de l'os sont comme perdus au milieu de lui. Ce n'est que dans le cas où il y a une dystrophie osseuse, comme dans le cas de syphilis, que le cal est négligeable. Certainement le gros cal observé dans ces cas n'aurait pas passé inaperçu de M. Bar.

M. Guéniot croit aussi au danger des lacs. Il introduit profondément la main dans la concavité du sacrum. Cette manœuvre a pour résultat de provoquer la contraction utérine et de permettre d'exercer une traction moindre sur les lacs ou sur les crochets.

M. Budin reconnaît que, dans le cas de M. Bar, il existe bien une atrophie du fémur, mais il en ignore l'étiologie. Il recommande dans l'extraction du siège d'exercer la traction sur les lacs seulement pendant la contraction utérine et en exerçant l'expression utérine.

M. Porak est tellement de l'avis de M. Budin qu'il administre le seigle ergoté pour renforcer la contraction utérine. Il applique un lacs sur l'aine antérieure et lorsque le passage du lacs sur l'aine postérieure est difficile, il applique le crochet de Delore sur l'aine postérieure. Les pressions réparties sur les deux aines sont d'autant moins fortes sur chacune d'elles. L'expression utérine doit aussi être employée, mais son importance devient surtout remarquable au moment du dégagement de la tête.

M. Doléris pense que le raccourcissement du membre dû à l'atrophie du fémur est dû à des troubles trophiques consécutifs à l'attrition des nerfs et en particulier du circonflexe.

M. Maygrier recommande de n'appliquer les lacs que dans les sacro-antérieures et de se servir suivant le conseil de Tarnier de la mèche des fumeurs.

M. Olivier recommande d'engager les lacs dans un tube de caoutchouc dont la pression est moins brutale.

M. Guéniot. — Ce n'est pas la nature des lacs qui est importante à considérer, mais la nature des tractions exercées qu'il faut modérer autant que possible.

M. Bar insiste sur ce fait que le cal, dans les décollements épiphysaires, est peu volumineux et qu'il peut échapper aux investigations les plus minutieuses.

Dermatite polymorphe prurigineuse récidivante de la grossesse.

MM. Bar et **Tissier** présentent une malade atteinte de dermatite polymorphe prurigineuse récidivante de la grossesse (herpès gestationis). Elle vient d'accoucher pour la septième fois. Chez elle, la maladie n'a débuté qu'après le cinquième accouchement, et a récidivé aux deux grossesses qui ont suivi. Chaque atteinte a été plus intense que la précédente.

Ils montrent des photographies représentant les lésions cutanées observées aux différents stades de la maladie et ils signalent les idées actuellement régnantes sur la genèse de cette maladie, et insistent sur l'hypoazoturie qui a marqué chacune des poussées de dermatite qu'ils ont observées.

Oblitération du duodénum.

M. Brindeau relate l'histoire d'un enfant atteint de faiblesse congénitale, de gros ventre et de scléréme, qui a succombé quelques jours après sa naissance. Il vomissait des matières fécales. On diagnostiqua une oblitération intestinale. En effet, à l'autopsie, on constata que le duodénum était très distendu et qu'il était oblitéré. Toute la partie de l'intestin située au-dessous est très amincie et rétractée.

De la thérapeutique intra-utérine.

M. Gendron apporte la statistique de sa pratique intra-utérine.

M. Fournel. — La thérapeutique intra-utérine (dilatation de l'utérus, curage, résection de Schroeder), appliquée aux cas où l'utérus est seul malade, a toutes ses préférences. En particulier, dans les métrites blennorhagiques, la dilatation prolongée de l'utérus peut donner les meilleurs résultats. Mais la thérapeutique intra-utérine (dilatation et curage) appliquée aux lésions péri-utérines et spécialement annexielles est plus souvent inutile, parfois dangereuse. Elle est dangereuse, car on a publié des cas de mort. Elle est parfois utile, mais on peut apprécier son utilité aux 1/10 seulement des cas traités. Et, en effet, il existe souvent des lésions ovariennes qui échappent à cette thérapeutique.

M. Doléris. — La thérapeutique intra-utérine dans les lésions annexielles est la méthode de choix, et doit toujours précéder l'ablation des annexes. Car la conservation des organes s'impose à la thérapeutique gynécologique. Il croit que le mécanisme habituel de la guérison provient de l'amincissement de la paroi du corps de l'utérus, de l'élargissement du canal tubaire intra-utérin et du drainage consécutif de la cavité des trompes.

M. Porak a pratiqué la dilatation de l'utérus dans les collections tubaires peu de temps après l'accouchement, alors que la période aiguë était passée. Il a constaté dans la plupart des cas des résultats excellents. Mais il existe des cas de mort qui n'ont pas été publiés. Il ne pense pas que le mécanisme invoqué par M. Doléris soit exact. Quoiqu'il ait observé l'évacuation du contenu tubaire, il n'a pu dilater le corps de l'utérus que dans un cas. Dans tous les autres cas, les tentes ont été refoulées dans la cavité du col, qui se détend alors dans des proportions considérables, tandis que la cavité du corps inhabité semble se rétrécir d'autant. La paroi utérine du corps paraît d'autant épaissie, tandis que la paroi utérine dépendant du col semble très amincie.

M. Auvard. — On obtient de très bons résultats non seulement par la dilatation de la cavité de l'utérus, mais encore par la caluunisation du vagin. Je la préfère à la dilatation de l'utérus, qui présente des douleurs.

M. Nitot insiste sur la nécessité de ne recourir au traitement conseillé par M. Doléris que lorsque la période subaiguë est passée.

M. Touvenaint fait un rapport sur la candidature de M. Dumont (de Tourcoing).

M. Porak lit deux rapports sur les candidatures de M. Montoya (Medellin-Colombie), de M. Hunter Robb (Cleveland Ohio).

ACTES DE LA FACULTÉ

DU 11 AU 16 MARS 1895

EXAMENS

Lundi 11 mars. — 3e Oral (1re partie) : MM. Segond, Delbet, Varnier — 5e (2e partie, 1re série), Hôtel-Dieu : MM. Potain, Brissaud, Chauffard. — 5e (2e partie, 2e série), Hôtel-Dieu : MM. Straus, Déjerine, Gaucher.

Mardi 12 mars. — 5e Chirurgie (1re partie), Charité : MM. Panas, Campenon, Brun. — 5e (2e partie, 1re série), Charité : MM. Cornil, Hallopeau, Chantemesse. — 5e (2e partie, 2e série), Charité : MM. Dieulafoy, Ballet, Marfan.

Mercredi 13 mars. — 3e (2e partie, 1re série) : MM. Potain, A. Robin, Netter. — 3e (2e partie, 2e série) : MM. Grancher, Landouzy, Chauffard.

Jeudi 14 mars. — 3e Oral (1re partie) : MM. Richelot, Bar, Albarran. — 3e (2e partie) : MM. Dieulafoy, Hanot, Letulle.

Vendredi 15 mars. — 5e Chirurgie (1re partie), Charité : MM. Kirmisson,

Delbet, Ricard. — 5e (2e partie), Charité : MM. Grancher, Brissaud, Netter.

SAMEDI 16 MARS. — *Médecine opératoire* : MM. Le Dentu, Campenon, Quénu. — 5e (2e partie, 1re série), Hôtel-Dieu : MM. Raymond, Troisier, Gilbert. — 5e (2e partie, 2e série), Hôtel-Dieu : MM. Hallopeau, Roger. Ménétrier. — 5e Obstétrique (1re partie), Clinique d'Accouchements, rue d'Assas : MM. Budin, Schwartz, Bar.

OFFICIAT

MERCREDI 13 MARS. — 3e (Hôtel-Dieu) : MM. Marchand, Déjerine, Varnier. — 3e (Hôtel-Dieu) : MM. Pinard, Chantemesse, Sebileau.

SAGES-FEMMES

MARDI 12 MARS. — (1re classe) : MM. Pouchet, Gley, Maygrier.

THÈSES

MERCREDI 13 MARS. — *M. Glantenay* : Contribution à l'étude de la chirurgie de l'uretère (MM. Guyon, Tarnier, Budin, Nélaton). — *M. Moreau* : Des adhérences des petites levres (MM. Tarnier, Guyon, Budin, Nélaton).

AVIS. — MM. les actionnaires de **la Gazette Médicale** *sont informés que l'assemblée générale annuelle se tiendra au siège social, 53, avenue Montaigne, le jeudi 28 mars, à 5 heures 1/2.*

Aux termes des statuts, le présent avis doit être considéré comme une convocation régulière.

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

FACULTÉS

Cours de physique médicale.

M. le professeur Gariel a commencé le cours de physique médicale le mardi 5 mars 1895, à 1 heure (grand amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Objet du cours : Revision et applications biologiques de la chaleur et de l'électricité; actions moléculaires; acoustique.

Clinique des maladies des enfants.

M. le profeseur Grancher commencera le cours de clinique des maladies infantiles le mardi 12 mars 1895, à 4 heures de l'après-midi (hôpital des Enfants-Malades), et le continuera les samedis et mardis suivants, à la même heure.

Les cours complémentaires continueront comme dans le semestre d'hiver.

Clinique chirurgicale de la Pitié.

M. le professeur Berger commencera le cours de clinique chirurgicale le lundi 18 mars 1895, à 9 heures et demie du matin, et le continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Examen des malades et visite dans les salles, tous les jours, à 9 heures.

Cours de pathologie et thérapeutique générales.

M. le professeur Bouchard commencera le cours de pathologie et thérapeutique générales le jeudi 7 mars 1895, à 5 heures de l'après-midi (petit amphithéâtre), et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

Cours d'histoire naturelle médicale.

M. le professeur Baillon a commencé le cours d'histoire naturelle médicale le vendredi 8 mars 1895, à onze heures (grand amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

Cours complémentaire de pathologie externe

M. Schwartz, agrégé, a commencé ce cours complémentaire le mardi 5 mars 1895, à quatre heures (petit amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Conférences d'anatomie pathologique.

M. Letulle, agrégé, a commencé les conférences d'anatomie pathologique le lundi 4 mars 1895, à 2 heures (amphithéâtre de l'Ecole pratique), et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure, au laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique.

Des démonstrations pratiques, gratuites, auront lieu, avant chaque conférence, de 1 heure 1/2 à 2 heures, à partir du mercredi 6 mars, au laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique.

Concours d'agrégation de chirurgie.

Leçons de 3/4 d'heure (Ordre de passage).

Chirurgiens : MM. Villemin, Rieffel, Rivière, Nové Josserand, Gandier, Péraire, Hartmann, Tellier, Lagoutte, Rochard, Vallas, Broca, Leguen, Beurnier, Chaput, Vallas, Braguhaye, Lyot, Lassalle, Mauclaire, Frœlich, Aldibert, Dor, Thiéry, Curtillet, Clado, Adenot, Banby, Binaud, Dumoulin, Adam, Walther, Gervais de Rouville, Albertin, Faure.

Accoucheurs : MM. Trépant, Oui, Lavergne, Basset, Schuhl, Lepage, Bué, Puech, Demelin, Potocki, Bonnaire, Vallois.

La première question sortie a été : Plaies du larynx et de la trachée.

Concours de l'internat.

Questions données : Tubes urinifères, cancer du rein. — Capsules surrénales. — Maladie d'Addison. — Artères coronaires, angine de poitrine. — Creux poplité, anévrysme poplité.

Concours de l'externat.

Questions données : S. et A. du cancer de l'estomac. — Examen clinique des urines. — S. et complications de la rougeole. — S. et A. de la coxalgie. — Vaccin et vaccination. — S. et complications du rhumatisme articulaire aigu.

NOUVELLES

Asiles spéciaux pour alcooliques.

Le Conseil supérieur de l'Assistance publique est appelé à délibérer, dans sa prochaine session, qui s'est ouverte hier 5 mars, sur le rapport de MM. les docteurs Magnan et Legrain, tendant à la création d'asiles spéciaux pour les alcooliques.

Voici les conclusions définitivement adoptées par la 4e section, qui seront soumises à l'examen du Conseil supérieur.

Article premier. — Les aliénés alcooliques doivent être traités dans des établissements spéciaux. En attendant que la création de ces asiles départementaux ou régionaux soit effectuée, les aliénés alcooliques doivent être isolés dans chaque asile, dans des quartiers spéciaux.

Art. 2. — Des articles additionnels à la loi sur l'ivresse et à la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés autoriseraient la séquestration des ivrognes délinquants et des aliénés alcooliques, et leur maintien pendant le temps nécessaire à leur guérison.

Tout délinquant par ivrognerie serait l'objet d'un rapport médical, sur les conclusions duquel on pourrait, s'il y a lieu, pourvoir à son internement dans un asile spécial pour les alcooliques.

Le Conseil supérieur de l'Assistance publique émet les vœux :

a) Qu'un impôt plus élevé frappe la production de l'alcool en France; que, par suite, se trouve supprimé le privilège des bouilleurs de cru; que ces mesures législatives soient prises pour qu'il n'entre dans la consommation que des alcools rectifiés;

b) Qu'un dégrèvement aussi considérable que possible soit effectué sur le vin, le cidre, la bière, le thé, le café, le sucre;

c) Que le droit de licence des cabarets soit augmenté;

d) Que les licences ne soient accordées à l'avenir qu'à des conditions déterminées (chiffre de la population, etc.);

e) Que la vente des boissons spiritueuses soit prohibée dans les prisons; que la qualité des boissons spiritueuses vendues dans les cantines de l'Etat et des municipalités et dans les cantines de l'armée soit soumise à une surveillance spéciale;

f) Qu'une application plus rigoureuse soit faite des lois répressives de l'ivresse;

66e Année. 9e Série. Tome II — N° 11 — 16 Mars 1895

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : Dr F. de RANSE — *Rédacteur en chef* : Dr Pierre SEBILEAU

Secrétaire de la Rédaction : M. Em. EMERY

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 28, rue Vignon

TRAVAUX ORIGINAUX

Hystérectomie vaginale et hémorrhagies.

L'hystérectomie vaginale a bénéficié des perfectionnements qui ont été apportés à sa technique opératoire. Le champ de ses indications s'est élargi et la mortalité de l'opération est devenue relativement faible.

Le grand danger de l'hystérectomie est l'hémorrhagie. C'est une vérité qu'on ne saurait trop répéter, et je suis d'autant plus disposé à la proclamer que je n'ai jamais perdu aucune malade à la suite d'une perte de sang, et que, personnellement, je n'ai jamais constaté d'hémorrhagies sérieuses pendant ou après l'hystérectomie (1). Le hasard ne m'a donc pas trop mal servi.

Si grands qu'aient été les progrès réalisés, l'ablation de l'utérus par la voie vaginale expose les malades à des pertes de sang qui ne sont pas toujours imputables au chirurgien.

C'est peut-être à la suite de l'ablation de l'utérus myomateux, que cet accident se produit le plus fréquemment. L'hémorrhagie a été observée aussi pendant le cours de l'hystérectomie appliquée au cancer utérin ou aux lésions annexielles.

On sait qu'en France l'hémostase dans le cours de l'ablation de l'utérus par la voie vaginale se fait presque exclusivement à l'aide de pinces qu'on laisse à demeure pendant quarante-huit heures environ.

L'opérateur ne doit jamais couper une portion du ligament large — si petite qu'elle soit — sans avoir pris soin de faire l'hémostase préventive. La pince doit être serrée au maximum et il sera préférable de sectionner les tissus le plus loin possible du bord interne de l'instrument. On ne devra jamais couper le ligament large sur un point plus élevé que l'extrémité supérieure de la pince qui assure l'hémostase. Il vaut mieux que les ciseaux arrêtent leur action à quelques millimètres au-dessous de l'extrémité la plus élevée de la pince.

Quand on opère suivant le procédé de Péan ou suivant celui de Segond, on se servira de pinces-longuettes, à mords courts, mais puissants.

En supposant que l'opérateur ne commette aucune faute pendant tout le cours de l'opération, différents accidents se produisent quelquefois.

Une pince-longuette posée sur une portion des ligaments larges peut subir des tiraillements au cours de l'opération. Les tissus finissent par se rompre sous l'influence des tractions répétées. La pince n'a pas lâché, mais a déchiré le ligament. Il survient de ce chef une hémorrhagie.

On objectera qu'il ne faut pas tirer sur les pinces qui servent à l'hémostase. Soit. Parfois on y est contraint, ou on le fait involontairement.

Dans d'autres cas, l'instrument ne lâche pas prise entièrement, mais laisse glisser une partie des tissus compris primitivement entre ses mords. Une perte de sang est la conséquence de cet accident qui est, je le veux bien, exceptionnel, si on se sert de bonnes pinces-longuettes.

Quand on opère suivant le procédé de Segond, on commence par placer progressivement des pinces de bas en haut, et on termine l'opération en mettant d'autres pinces de haut en bas. A la fin de l'hystérectomie, on fait basculer les pinces supérieures, on leur fait subir un mouvement de torsion, de façon à faire pénétrer les mords de ces instruments dans la cavité pelvienne. Je crois que ce mouvement de torsion n'est pas sans inconvénient. Il se produit alors dans l'espace situé entre les pinces supérieures et les pinces inférieures des déchirures, des glissements qui, somme toute, amènent une hémorrhagie.

Je ne parle pas de l'erreur qui consiste à enlever une pince placée sur les ligaments larges, alors que l'on croit

(1) A la clinique chirurgicale de Necker, une femme qui avait été opérée par un des internes du service est morte quelques jours après l'ablation des pinces et à la suite d'une hémorrhagie d'une extrême abondance.

retirer une pince à traction. Il est bon d'avoir un signe qui permette de reconnaître aisément ces deux espèces d'instruments.

La pince peut subir à l'improviste un déclenchement soit au cours de l'opération, soit pendant le transport du malade. Une hémorrhagie grave est alors constatée.

Une pince vient-elle à se briser au niveau de son articulation — et cet accident est arrivé dans un cas, quelques heures après l'opération — une hémorrhagie survient et la malade est emportée avant qu'on ait eu le temps de la secourir.

Les pinces sont généralement laissées en place pendant quarante-huit heures.

Quand on les ôte, parfois il se produit immédiatement une hémorrhagie qui peut être très inquiétante et qui est mortelle, dans certains cas. On n'ignore pas combien il est malaisé de saisir un vaisseau qui donne du sang dans le petit bassin au milieu des tissus sphacélés.

La perte de sang apparaît quelquefois plusieurs jours après l'ablation des pinces.

Enfin, la pince qui sert à faire l'hémostase, loin de remplir son rôle, a déterminé, dans un cas, la section de l'artère utérine.

Voici le fait curieux que j'ai observé :

Il s'agissait d'une femme atteinte d'un fibrôme du volume des deux poings. J'avais pratiqué l'hystérectomie suivant le procédé de Doyen. Le fond de l'utérus était amené à la vulve. De haut en bas, à gauche de l'utérus, je mis la forte et grosse pince de Doyen sur toute la hauteur des ligaments larges. Par précaution, je plaçai de haut en bas une autre pince plus étroite à la partie externe de la précédente. Je répétai la même manœuvre de l'autre côté. L'hémostase se fit sous mes yeux, dans des conditions excellentes. L'extrémité des pinces dépassait le bord inférieur du ligament large. Par précaution, j'avais mordu avec mes ciseaux le tissu utérin, de façon à éviter tout glissement.

Mes quatre pinces étaient hors de la vulve. L'hémostase était parfaite. J'imprimai un mouvement de bascule pour faire entrer mes pinces dans le bassin. Je fus fort étonné de voir un jet de sang assez inquiétant. Je fis basculer mes deux pinces gauches de façon à faire apparaître leurs mords du côté du périnée et à les ramener à leur situation première. Les pinces, la pointe en bas, étaient sous mes yeux, à l'entrée du vagin. Le ligament large était nettement visible sur toute la largeur de la portion qui avait subi la constriction. Mes pinces tenaient solidement de haut en bas et n'avaient pas glissé. L'hémorrhagie provenait d'une artère coupée à environ 2 centimètres de la base du ligament large sur le bord externe de la pince placée en dehors de celle de Doyen. Je mis une troisième pince à la partie externe des deux autres et l'hémorrhagie s'arrêta immédiatement.

Dans ce cas, le pincement du ligament large a déterminé la section d'une artère utérine.

Je fais remarquer qu'il y avait sur la partie latérale gauche de l'utérus trois pinces qui comprenaient le ligament large sur une étendue de 22 millimètres environ, ainsi que je m'en suis rendu compte. L'uretère n'a pas été pincé. Le procédé de Doyen, quand il est applicable, permet d'éviter presque à coup sûr la blessure de l'uretère qui s'éloigne singulièrement des bords utérins, quand l'utérus est attiré hors de la vulve et quand la vessie est refoulée par une longue valve.

Toutes ces hémorrhagies peuvent être fort graves. Les malades meurent quelquefois avant qu'on ait pu saisir le vaisseau qui laisse couler le sang.

Certains opérateurs se contentent de bourrer avec des éponges la cavité pelvienne, quand leurs tentatives d'hémostase ont été vaines.

D'autres ont rapidement pratiqué la laparatomie. Parfois ils ont été assez heureux pour sauver la malade, mais, dans certains cas, la mort est survenue malgré tout ce qui a pu être essayé.

Je crois qu'il est utile de faire immédiatement la compression de l'aorte, pendant que l'opérateur cherche à saisir le vaisseau.

Quand les malades échappent immédiatement à la mort, leur vie est encore exposée. Elles ne résistent pas facilement à ces pertes considérables de sang et meurent d'épuisement, de shock ou de péritonite insidieuse, malgré les injections de sérum.

Il est inutile de dire que ces tentatives de pincement d'une artère, dans le petit bassin, peuvent amener, dans ces conditions, la blessure d'un uretère ou de l'intestin.

J'ai voulu énumérer les causes qui ont produit une hémorrhagie, soit pendant, soit après l'hystérectomie. Mon intention n'est nullement de faire le procès de l'ablation de l'utérus par la voie vaginale.

Il ne faut pas croire que les pertes de sang que j'ai signalées soient très fréquentes. Elles existent dans un certain nombre de cas.

Le déclenchement d'une pince est absolument exceptionnel. La section d'une artère par les mords d'une pince n'avait pas encore été signalée, que je sache.

Les hémorrhagies graves que l'on observe le plus souvent sont celles qui apparaissent après l'ablation des pinces (1).

Quoi qu'il en soit, il faut reconnaître que ces pertes de sang compliquent l'hystérectomie. C'est un accident qui arrive à l'improviste et qui n'est pas sans danger.

J'estime que si l'on fait l'hystérectomie par le procédé de Doyen pour un fibrôme, pour un cancer, pour des lésions annexielles non suppurées, il est préférable de mettre des ligatures, quand on a l'utérus pour ainsi dire hors de la vulve. Dans ces conditions, il n'est pas bien difficile de lier isolément chaque ligament large; on perdra ainsi quelques minutes, mais cette perte de temps sera compensée par une sécurité plus grande. L'hémostase sera mieux assurée.

Les pinces seront applicables dans les lésions suppurées et dans les cas nombreux qui ne permettent pas l'abaissement facile et suffisant de l'utérus.

R. Pichevin,

Chef des travaux gynécologiques à la clinique chirurgicale de Necker.

(1) J'enlève les pinces sans imprimer aucun mouvement à l'opérée, sans la mettre en travers du lit. Je ne touche aux gazes iodoformées contenues dans le vagin que le 5e ou 6e jour.

REVUE ANALYTIQUE

Ophtalmologie.

I. — Bactériologie et parasitologie cliniques des paupières, par A. Cuénod. Paris, G. Steinbeil, 1894.

Plus que jamais, on demande à la bactériologie la solution de bien des problèmes de pathologie oculaire et surtout une certitude pour le diagnostic et le pronostic des maladies des yeux et de leurs annexes. Le double but de ce travail a été: d'abord, de contribuer à établir le rôle joué par les différents microbes dans les multiples affections palpébrales; ensuite, d'aider, par l'exposé précis des moyens à employer, au diagnostic rapide de ces affections par l'examen, la culture et les inoculations bactériologiques.

Des microbes *pyogènes* existant *normalement* sur la paupière et le bord ciliaire, il faut faire deux grandes divisions : bactériologie *normale*, bactériologie *pathologique*.

La partie normale comprend une série de recherches qui, jointes à celles antérieures de Widmarck, de Haab, de MM. Panas et A. Terson, démontrent qu'il existe *constamment* et presque *exclusivement* sur le *bord ciliaire normal* le *staphylococcus albus* et quelquefois l'*aureus* : on ne trouve pas le streptocoque ordinairement. Par l'inoculation des cultures à la cornée du lapin, on détermine des abcès le plus souvent d'intensité moyenne, mais pouvant aussi aller jusqu'à la panophtalmie. Le staphylococcus aureus paraît plus dangereux.

De ces faits, il résulte la nécessité *pratique* d'une désinfection rigoureuse de cette région, avant les opérations et surtout celle de la cataracte, enfin, au cours de certaines lésions cornéennes qu'on s'explique mal ; alors, le bord ciliaire en apparence normal peut être l'origine et le réceptacle de l'infection.

De cette constatation régulière, sans exception, du staphylococcus au niveau du bord ciliaire, découle la probabilité d'une origine staphylococcique pour la plupart de ses maladies.

Dans les *blépharites*, le staphylocoque jaune est presque toujours l'agent de la blépharite ulcéreuse et sa grande virulence donne à l'inoculation le plus fréquemment de graves lésions à l'œil du lapin. A la forme la plus accentuée de l'inflammation du bord ciliaire correspond donc un coccus modifié dans ses propriétés biologiques. De même, dans les blépharites non ulcéreuses, dans l'orgelet, dans l'encanthis inflammatoire (orgelet de la caroncule), dans le furoncle, l'anthrax, nous avons du staphylocoque, presque toujours blanc, et souvent à peine plus virulent, à l'inoculation, que le staphylocoque, habitant normal du bord ciliaire. Cela semble bien prouver qu'à virulence presque égale, pathogéniquement, la *question du terrain* est presque tout dans l'histoire de ces diverses infections. Dans sa résistance variable, dans certaines aptitudes plus grandes à son envahissement microbien, à la suite du mauvais fonctionnement des parties en cause (larmoiement, éversion palpébrale, etc.) il faut chercher le degré plus ou moins grand de réceptivité : ce n'est cependant que par une puissante action antiseptique locale sur le microbe, que nous pouvons avoir l'influence la plus énergique sur la marche de la maladie et c'est ce que M. Cuénod a nettement précisé.

A côté de ces *staphylococcoses* palpébrales, nous trouvons les affections rares des paupières, ou plutôt les infections par apport de microbes étrangers à la région.

Le *streptocoque*, agent de l'érysipèle, des phlegmons qui le suivent, de certains abcès post-traumatiques, joue aussi probablement le principal rôle dans l'éléphantiasis des paupières.

Le clou de Biskra (diplocoque de Duclaux), la pustule maligne (bactéridie charbonneuse), la morve des paupières (bacilles spéciaux, inoculation au cobaye mâle), lésions tuberculeuses (bacille de Koch), et lépreuses (bacille de Hansen), chancre mou, possible après tout, aux paupières (bacille de Ducrey), actinomycose palpébrale, favus (avec plusieurs observations inédites), trichophytie ciliaire, molluscum contagiosum, xanthélasma, chalazion, autant de chapitres contenant, pour le *praticien*, les éléments qui lui permettent de faire le diagnostic complet, rapide et définitif. Le terrain de la bactériologie oculaire a donc été largement déblayé, dans sa partie palpébrale assez ingrate, et étudié pour la grande utilité de la pratique courante dans ce travail intéressant et consciencieux.

II. — Etude sur les corps étrangers intraoculaires et sur l'ophtalmie sympathique consécutive, par H. Jenlin. Th. Paris, 1894.

Cette thèse renferme un exposé assez complet de la question et relate les expériences dues surtout à Leber, et très faciles à répéter qui ont permis d'établir le rôle des divers corps étrangers dans les traumatismes oculaires.

Les corps étrangers aseptiques peuvent souvent déterminer des accidents redoutables, surtout les corps étrangers oxydables, cuivre, fer, etc. On luttera contre eux par l'extraction, lorsqu'ils sont situés dans la chambre antérieure; par l'iridectomie, quand ils sont implantés dans l'iris: par l'opération de la cataracte, lorsqu'ils sont intracristalliniens. Quand ils sont inclus dans le corps vitré, la choroïde, la rétine, à part les rares cas d'extraction des corps magnétiques par l'électro-aimant, une opération radicale sera bien souvent indiquée.

Quant à l'ophtalmie sympathique consécutive aux corps étrangers, puisque rien n'a prouvé jusqu'ici la théorie de Deutschmann qui la veut infectieuse, il faut encore l'attribuer, d'après l'auteur, à l'irritation des nerfs ciliaires d'un côté transmise à ceux du côté opposé et détruisant l'œil sain par les troubles trophiques consécutifs.

L'énucléation reste le seul traitement prophylactique ou curatif.

III. — Contribution à l'étude des polio-encéphalites supérieures (ophtalmoplégies nucléaires), par L. Tollemer. Th. Paris, 1894.

On sait qu'il existe des paralysies bulbaires supérieures, de même que des paralysies bulbaires inférieures et que la limite anatomique qui les sépare est celle qui passe par les angles latéraux du plancher du 4e ventricule, au niveau des noyaux du facial et de la 6e paire. On conçoit que les paralysies supérieures seront avant tout constituées par des ophtalmoplégies nucléaires des muscles intérieurs et extérieurs de l'œil. Fréquemment, la paralysie supérieure s'accompagne de paralysie inférieure bulbaire et myélitique. La description des ophtalmoplégies dont il s'agit ne diffère guère de celles qui ont été précédemment données. Les thèses de Blanc, de Sauvineau contiennent tous les détails étiologiques connus : la syphilis acquise souvent larvée, la syphilis héréditaire, les infections générales, l'alcoolisme. La symptomatologie de ces cas typiques (facies d'Hutchinson) où les yeux paralysés sont fixes et immobiles dans l'orbite, tandis que les paupières, en ptosis, sont à peine relevées par des mouvements du frontal qui supplée le

releveur, et que les pupilles sont mobiles (ophtalmoplégies extérieures) ou immobiles (ophtalmoplégies extérieures et intérieures), est en somme bien connue. Il peut y avoir des variétés (ptosis peu marqué ou absent), des combinaisons (extérieure, intérieure, mixte), unilatéralité ou bilatéralité, une évolution différente, car cette *paralysie bulbaire peut guérir* ou rester stationnaire. Enfin, les complications de paralysie bulbaire inférieure, glosso-labiolaryngée, etc., peuvent survenir.

Les formes se classent surtout d'après l'évolution suraiguë, très grave, aiguë sans tendance ou avec tendance à l'envahissement des autres parties bulbaires chroniques.

IV. — De l'exentération du globe oculaire, par G. Leblanc. — Th. Paris, 1894.

Dans cette thèse, émanant du service du Dr Fage (d'Amiens), l'auteur tente de justifier l'exentération des nombreux reproches qu'on lui a adressés et, tout en reconnaissant la longueur relative des suites opératoires, il la déclare supérieure à l'énucléation comme résultats esthétiques, par sa facilité d'exécution comparée, dans la panophtalmie, par l'absence de méningites à sa suite, supérieure au curage et à l'évidement qui laissent en place la choroïde phlegmoneuse. Nous remarquerons surtout la pratique de M. Fage : chloroformisation, amputation du segment antérieur assez en arrière du limbe pour enlever le corps ciliaire, curage du sac scléroticál avec une *curette mousse, cautérisation ignée légère avec le thermocautère olivaire* (arrêtant l'hémorrhagie et complétant l'antisepsie), lavages au sublimé et sutures *conjonctivales*. La cocaïnisation suffit dans quelques cas.

V. — Des voies lacrymales comme causes de l'origine nasale des affections oculaires, par A. Tacquet. Th. Paris, 1894.

Cette thèse constitue un exposé avec quelques observations nouvelles de ces rapports des maladies du nez et des yeux, si bien mis en lumière par Ziém, Despagnet, Berger et d'autres, rapports dont l'origine se trouve dans la transmission de l'infection par les voies lacrymales. En dehors de faits concernant l'obstruction mécanique, bien connue, du canal nasal comme pathogénie des dacryocystites, obstruction soit par oblitération directe (tumeurs), soit par boursouflure et oblitération muqueuse (toutes les maladies pharyngo-nasales de cause locale et de cause générale) l'auteur envisage les propagations infectieuses par *continuité* sur le terrain lacrymo-nasal. Les plus fréquentes, sont, on le sait, dues à l'ozène, beaucoup plus rarement à la syphilis et à la tuberculose (Bock, Arnozan). Il peut y avoir enfin des propagations infectieuses à *distance*, le canal lacrymonasal paraissant peu intéressé cliniquement, mais l'infection (surtout ozéneuse) existe néanmoins à l'état latent sur la conjonctive et peut provoquer les lésions cornéennes les plus dangereuses. A côté de ces lésions, on peut grouper les affections conjonctivales, telles que les végétations printanières, dont la pathogénie ou les relations naso-pharyngées ont été récemment encore mises en valeur (Conétoux, Tétau), les lésions lupiques (Vidal, Batut), les iritis d'origine nasale (Ziem). En somme, il n'est pas d'affection nasale qui ne puisse être l'origine de lésions oculaires et, à côté des relations pathologiques établies par voies réflexes, voies veineuses et lymphatiques, voies périostiques et osseuses, il est bien évident que la transmission lacrymonasale tient la place prépondérante. A. Terson.

A L'ÉTRANGER

AMÉRIQUE

Atélectasie chez les anémiques.

M. A. Ahrams (*Medical Record*, septembre 1874) appelle l'attention sur les anomalies que peut montrer l'auscultation en dehors de tout ordre pathologique, du moins en apparence. En effet, il est facile de voir que certains malades, chez qui rien ne fait supposer des lésions pulmonaires, ont des zones de matité ou seulement de submatité, répondant à un état atélectasique du poumon. Il ne faudrait d'ailleurs pas croire que celles-ci soient complètement fixes; elles sont liées d'ordinaire à l'anémie; aussi, peut-on ne les percevoir qu'à un certain nombre d'inspirations forcées, dans certains cas; de plus, quand l'anémie est en voie de régression et disparaît, l'atélectasie disparaît aussi.

L'auteur a remarqué que c'est surtout à la partie postérieure du poumon que l'oreille dépiste ces zones d'atélectasie; mais il ajoute qu'à l'intérieur du poumon, il y en a sûrement d'autres qui ne sont pas perceptibles, sans parler de celles qui, existant à la surface du poumon, ne répondent pas à la percussion à cause de leur trop faible étendue.

Ces faits n'ont pas seulement un intérêt scientifique, mais ont encore certainement une portée pratique qu'il ne faut pas méconnaître; la matité que perçoit le doigt fait d'autant plus penser à la tuberculose que les sujets qui sont affectés de cette lésion sont anémiques, et ont un habitus extérieur qui doit en imposer pour la tuberculose. En outre, comme la respiration s'effectue dans de mauvaises conditions, la tuberculose aura plus de prise sur le poumon.

Mais ce dernier point de vue mis à part, comment s'y prendre pour reconnaître l'atélectasie des anémiques de la tuberculose à son début? On devra se rappeler que le diagnostic de tuberculose ne peut être posé que si l'on trouve une zone de matité fixe et invariable; précisément dans le cas qui nous occupe, après plusieurs inspirations, les zones d'atélectasie disparaissent plus ou moins complètement.

Ce symptôme, ajouté aux autres symptômes que pourra présenter le malade, permettra d'ordinaire de résoudre la question.

ANGLETERRE

Réinfection syphilitique.

S. Holth (*Norsk Mag. for Lægevid.*, 1894, mai) cite trois cas qui sembleraient plaider en faveur de la réinoculation possible du chancre syphilitique. Néanmoins, ce sont là des conclusions qu'il faut accepter sous toutes réserves, et c'est surtout à titre documentaire que nous enregistrons les trois observations suivantes :

Dans la première, il s'agit d'un chancre induré greffé sur un ulcère. Peu après le malade, qui en est porteur, est frappé à l'œil droit par un éclat de charbon, qui provoque une lésion assez sérieuse. C'est à ce niveau qu'apparaît le second chancre induré, alors que la roséole qui doit suivre le premier ne s'est pas encore montrée.

L'autre cas est à peu près semblable. C'est un chancre induré dont la roséole est en voie de disparition, au moment où au sein droit l'on sent une induration chancreuse nouvelle très marquée, de deux centimètres et demi de diamètre à peu près, exactement à un endroit où le malade dit beaucoup se gratter.

L'on peut se demander si ces deux indurations consécutives sont vraiment des chancres, et l'auteur n'a pas été induit en erreur; ce qu'il faut toutefois remarquer, c'est que ces indurations se sont montrées l'une au niveau d'un traumatisme, l'autre à une partie de la peau très prurigineuse, et jusqu'à un certain point on est en droit d'admettre qu'il y avait là des sortes de points d'appel.

La troisième observation semble encore bien plus sujette à cau-

tion. Il y aurait en inoculation directe par contact, non loin de deux chancres durs préexistants. Mais, dans ce dernier cas, on ne vit jamais de roséole ; aussi ne se trouve-t-on qu'en présence d'une vague probabilité.

Rappelons en terminant que les faits, comme ceux dont nons venons de rapporter des exemples, sont de plus en plus rares à mesure qu'on y regarde de plus près, et que ceux qu'on a rapportés reconnaissent presque tous comme origine des erreurs de diagnostic ou des lésions de la période tertiaire simulant l'accident primitif.

Empoisonnement par la cocaïne, guérison.

Voici la description d'un cas d'empoisonnement par la cocaïne observé, le 11 janvier dernier, par **M. E.-J. Walker** sur un jeune homme de 24 ans. Celui-ci, souffrant de violents maux de dents, envoya chercher chez le droguiste douze paquets de poudre; chaque paquet devait contenir quinze grains de phénacétine. Au lieu de phénacétine, il fut délivré, par erreur, une quantité égale d'hydrochlorate de cocaïne. Le malade, ignorant cette méprise, partagea l'un des paquets de poudre en deux portions égales, et plaçant l'une de ces portions sur le dos de sa langue il l'avala entièrement Ayant eu auparavant l'occasion de prendre de la phénacétine il s'aperçut, dès l'abord, de la différence. Impossible de la rejeter malgré son désir. Je comptai alors la quantité de grains qui restait sur les quinze que le paquet avait renfermés ; je n'en trouvai que six, aussi le malade devait-il en avoir avalé huit ou neuf. L'effet produit fut très rapide. Une sensation agréable de froid couvrit le corps entier du malade et fut suivie d'une sensation d'engourdissement de la bouche, de la langue et de la gorge ; elle se changea très rapidement en une sorte d'étouffement et de besoin de déglutir, malgré l'absence de salive.

Le malade prend bientôt une potion stimulante. Mais, comme il continue d'aller de plus en plus mal, il vient chez moi en voiture avec le droguiste, non sans avoir rendu, en chemin, une grande quantité d'urine de couleur verte. Voici dans quel état je le vois : Il se plaint d'une sensation de constriction au cœur et à la gorge. Il fait des efforts constants pour avaler, mais il avale difficilement. Il a, dit-il, un engourdissement lent et douloureux de l'estomac et de l'abdomen ; enfin, des palpitations, une oppression indéfinie et de la faiblesse mentale. La pupille est sans réflexe à la lumière, mais il y a de la mydriase. Température basse, réflexes exagérés, le pouls presque incomptable. Le malade paraissait être, en partie, sous l'influence alcoolique, mais le point le plus frappant, c'était l'état du système musculaire. On aurait dit un cas de chorée, mais les mouvements étaient plus lents et plus réguliers. Le corps tournait alternativement d'un côté et de l'autre, et il se courbait en même temps, tandis que les bras et les jambes restaient un instant dans l'immobilité. Le mouvement irrésistible des muscles masticateurs produisait le plus étrange effet. On aurait dit une personne en train de mâchonner du tabac, et pourtant le malade était incapable de manger le moindre morceau de pain ; une tasse de thé, qu'il s'efforça de boire, fut renversée sur le tapis. Bientôt ses lèvres prirent une teinte livide et il eut de la difficulté pour respirer. Comme la drogue prise avait évidemment franchi l'estomac, je ne tentai pas de débarrasser cette cavité ni de donner un vomitif. Je craignais de plus que la première de ces tentatives causât un spasme plus accentué encore. Contre la dyspnée, je prescrivis des capsules de nitrite d'amyle, et, comme les intestins n'avaient encore rien expulsé, je plaçai une minuscule goutte d'huile de croton sur la langue avec cinq grains de calomel. Quelque temps plus tard, un grand changement s'était produit dans l'état du malade. Les purgatifs avaient produit un excellent effet, il y avait eu quatre ou cinq selles de liquide brun, la température s'était légèrement élevée, la face était étincelante, l'intelligence revenue, les mouvements choréiformes complètement disparus ; de même, les mouvements de mastication, de même la sensation d'oppression et la dyspnée. Le lendemain, le malade était guéri ; mais se plaignait encore d'une grande faiblesse. Le surlendemain, il pouvait vaquer à ses affaires.

(The Lancet.)

AUTRICHE

Obstruction intestinale chez les enfants.

Monti (*All. Wien. Med. Zeit.*, nos 35, 36, 1894), après avoir décrit les causes et les symptômes généraux de l'occlusion intestinale chez les enfants, signale les faits suivants qui ont, dit-il, leur importance au point de vue de la localisation de l'obstruction.

1° Tout d'abord, quand l'obstruction siège dans les régions inférieures du côlon, le premier symptôme qui se montre est une colique douloureuse et la région de l'abdomen où cette colique est d'abord ressentie peut donner quelque indication sur la portion du côlon obstrué. Les vomissements ne se montrent pas, à moins que la colique ne dure pendant quelques heures ou pendant quelques jours. Ces vomissements d'abord bilieux, deviennent bientôt fétides et finalement fécaloïdes. Le collapsus s'installe tardivement. La distension gazeuse de l'intestin commence dans le côlon et il est possible d'établir, au début, que cette distension est limitée à la région occupée par le côlon (hypochondre et épigastre); mais, plus tard, l'iléon se distend également et les tympanites primitives occupent une large surface. Si l'obstruction se fait incomplètement, on se trouve en présence de symptômes absolument semblables avec cette différence cependant que leur apparition est beaucoup plus lente. Si le rectum est incomplètement obstrué, la constipation alterne avec des attaques douloureuses de ténesme suivies de l'expulsion de petites scybales. La constriction circulaire du recum diminue de beaucoup l'amplitude des mouvements de cet organe.

2° L'obstruction dans la région inférieure de l'iléon s'accompagne de fréquentes attaques de coliques douloureuses qui s'arrêtent dans la région de l'appendice iléo-cæcal. Chaque paroxysme de colique provoque une attaque de vomissements. Les matières vomies sont d'abord le contenu de l'estomac et plus tard le petit malade rend des matières fécaloïdes. Le collapsus s'établit de bonne heure. La distension de l'abdomen est d'abord plus marquée à l'ombilic et dans la région hypogastrique, mais elle devient bientôt généralisée. Les vomissements ne la font pas diminuer d'une façon très notable. Les garde-robes peuvent se maintenir au début, mais au bout de quelques jours la constipation est complète. La quantité d'urine excrétée diminue au bout de quelques jours ; elle peut même être éventuellement supprimée. Si l'obstruction est incomplète, la colique peut être aussi douloureuse et les mouvements des anses intestinales perceptibles. Le degré de la distension de l'intestin peut varier d'une grande quantité dans l'espace de très peu de temps et cela indépendamment du passage d'une garde-robe. La constipation ayant duré quelques jours peut être suivie d'une abondante diarrhée fétide.

3° L'obstruction qui survient dans le duodénum ou le jéjunum cause une douloureuse colique qui s'arrête aux environs de l'ombilic et irradie vers l'estomac. Les vomissements surgissent très tôt et ils sont violents, bilieux d'abord, fétides ensuite. La distension est faible et se limite à la région épigastrique. Les vomissements peuvent diminuer son volume, mais elle se reforme ensuite. Eventuellement, il y a une constipation complète. Les urines sont tôt supprimées. Dans l'obstruction incomplète, il y a des symptômes semblables quoique moins sévères. La colique est douloureuse et les vomissements sont fréquents qu'ils soient en relation avec la colique ou qu'ils en soient indépendants. La quantité d'urine excrétée diminue. Il n'y a pas de distension de l'abdomen et la diarrhée alterne avec la constipation.

En terminant, Monti pense que, dans les cas au début desquels on peut pour ainsi dire assister, il est possible d'apprendre et de découvrir le siège probable de l'obstruction en considérant la voie dans laquelle la tympanite se développe.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 13 mars. — Présidence de M. Théophile Anger.

Traitement des luxations irréductibles.

M. Reclus lit une observation communiquée par M. Reboul qui a traité une luxation sous-coracoïdienne de l'épaule droite par l'arthrotomie, cinquante-cinq jours après l'accident.

Il avait épuisé d'abord tous les autres moyens de réduction, et il insiste, en second lieu, sur ce fait qu'il a dû libérer la tête des trousseaux fibreux qui empêchaient la réduction, et, particulièrement, qu'il a dû se débarrasser d'une bride fibreuse falciforme située à la partie postérieure de la capsule, bride plaquée contre la cavité glénoïde. L'opération a eu lieu il y a dix mois; depuis ce temps, la guérison est demeurée parfaite; les mouvements sont recouvrés, il n'y a qu'un peu de gêne en avant et en haut.

M. Berger. — Dans la question qui nous occupe, il me semble que l'on ne doit pas mettre sur le même pied les luxations de l'épaule et les luxations du coude. Tout le monde sait qu'il est facile de réduire les luxations de l'épaule longtemps après l'accident. On est au contraire loin de jouir des mêmes facilités dans la réduction des luxations du coude, et, à ce sujet, je rapporterai brièvement le cas suivant: Un jeune garçon est atteint d'une luxation irréductible du coude en arrière et en dehors. Je le vois 50 jours après l'accident. Tous les mouvements du coude sont normaux, sauf l'extension et la flexion, dont l'angle est légèrement diminué. Le père demande une opération pour que l'enfant ne soit pas réformé au service militaire. La réduction ayant échoué, j'ai fait l'arthrotomie. J'ai vu alors que la réduction était empêchée par un cal vicieux d'une fracture de l'apophyse coronoïde. Je la résèque et j'immobilise le membre le moins longtemps possible. Néanmoins, les mouvements restent moins étendus qu'avant l'opération. Donc, les résultats immédiats de mon intervention ont été défectueux. Quels seront-ils plus tard? Je n'en sais rien. Mais je crois pouvoir affirmer que j'aurais mieux fait de ne pas intervenir, même par une résection. Peut-être serai-je obligé de la faire plus tard. Quoi qu'il en soit, je vous tiendrai au courant des événements et je suis convaincu qu'ils répondront à mes prévisions.

M. Picqué. — Je reviens, en quelques mots, sur l'intéressante discussion que mon rapport a soulevée à la dernière séance. Et d'abord, je suis de l'avis de M. Quénu, et je crois que la notion de temps doit disparaître devant celle de l'irréductibilité. Le tout est de savoir si une luxation est irréductible ou non. Néanmoins, il me semble que la dénomination de luxation ancienne a droit à être conservée, non pas qu'il faille encore adopter les doctrines longtemps classiques de Lafaurie, mais parce que Farabeuf et Charles Nélaton ont démontré qu'avec le temps certaines dispositions ligamenteuses rendent la réduction de quelques luxations tout à fait impossible.

Je crois aussi que M. Monod a bien fait de s'élever contre des opérateurs trop hâtifs.

Cependant, M. Lucas-Championnière est un opérateur plus radical et ne sommes-nous pas tentés de penser comme lui quand il nous raconte l'insuccès qu'il a obtenu avec les anciens procédés?

Mais, à quelle sorte d'opération devrons-nous avoir recours? M. Lucas-Championnière est un chaud partisan de la résection. MM. Ricard et Kirmisson plaident en faveur de l'arthrotomie, réservant la résection pour plus tard, si c'est nécessaire. La résection me semble une opération de choix, indispensable dans les cas anciens; mais, cependant, je crois que, quelquefois, l'arthrotomie est indiquée. Ce serait là ma ligne de conduite pour les luxations anciennes irréductibles.

Quant aux luxations anciennes réductibles, si nous nous rappelons l'exemple précité de M. Lucas-Championnière, nous inclinerons également vers l'intervention sanglante. Dans ces conditions, faut-il faire la résection partielle ou totale? M. Lucas-Championnière la veut totale pourvu qu'on épargne la tête du radius. M. Félizet est aussi de cet avis quand il s'agit de luxations traumatiques, mais il les redoute dans les cas de luxations tuberculeuses. Pour moi, je suis partisan de la résection totale, car il est incontestable que les résultats sont d'autant meilleurs que la résection aura été plus complète.

Attitude du membre dans la coxalgie.

M. Kirmisson. — J'ai à vous communiquer une note de M. Vincent (de Lyon) au sujet de l'attitude du membre dans la coxalgie. M. Vincent rappelle que la position du membre est le plus souvent, au début, la flexion jointe à l'abduction et à la rotation en dehors. Mais, s'il y a, dit-il, flexion avec adduction et rotation en dedans cela tient à une lésion primitive de la cavité cotyloïde. M. Vincent dit, de plus, que si dans la coxalgie les abcès ne se sont pas ouverts à l'extérieur, on observe le membre dans la première position. Au contraire, on l'observe dans la seconde position, si les abcès se sont créés une ouverture.

Je ferai deux objections à cette communication: *a)* la loi posée par M. Vincent me paraît trop exclusive; *b)* l'explication donnée par lui me semble sujette à caution. Est-il vrai de dire que si le membre, dans la coxalgie, occupe une position de flexion avec adduction et rotation en dedans, c'est parce que les lésions sont prépondérantes du côté de la cavité cotyloïde? Est-il vrai que cette position diminue la pression de la tête fémorale sur la cavité cotyloïde? Il me semble que c'est plutôt le contraire qui a lieu. Et tout le monde voit bien le membre prendre une attitude moyenne, qui seule diminue les points de contact des surfaces malades, dès qu'une articulation est atteinte. A l'appui de son dire, M. Vincent dit qu'il possède douze observations. Il ne me les a pas envoyées. J'accepte donc ce qu'il en dit, mais j'aurais voulu savoir à quelle date de la coxalgie ses observations ont été prises. La coxalgie était-elle récente ou ancienne et dans cette dernière hypothèse, M. Vincent sait-il si au début de l'affection le membre occupait bien la position de flexion, rotation en dedans et adduction? Ce sont là des points sur lesquels nous demandons à être fixés. Je tenais donc à montrer que je ne partage pas tout à fait l'avis de M. Vincent et que, tout en admettant la possibilité du symptôme qu'il nous a décrit, nous serions désireux de posséder des renseignements plus circonstanciés à ce sujet.

Phlegmon du médiastin postérieur.

M. Ziembieoki (de Lemberg). — A propos d'un cas très rare de phlegmon du médiastin postérieur, l'auteur insiste tout d'abord sur la nécessité qu'il y a, contrairement aux tendances des anatomistes allemands, à maintenir les dénominations de médiastin antérieur et de médiastin postérieur. Puis, il décrit le cas de l'une de ses malades, qui présentait tous les signes d'un phlegmon du médiastin postérieur et chez laquelle, par l'incision de l'œsophagotomie externe, il a retiré une grande quantité de pus.

Succès remarquable au premier abord, amené surtout par l'écoulement du pus à l'aide du procédé du siphon, comme pour les pleurésies purulentes; mais succès qui ne dura malheureusement que trois mois. La malade sort de l'hôpital pour y rentrer bientôt et y mourir sur le refus d'une opération plus compliquée. A l'autopsie, on trouva de la septicémie généralisée avec pleurésie purulente et vaste collection purulente dans le médiastin postérieur, à droite de la colonne vertébrale. Il aurait donc fallu, dans ce cas, aborder, dès l'abord, le médiastin postérieur, selon les procédés déjà décrits. Et, à ce sujet, M. Ziembiecki, tout en reconnaissant le mérite de MM. Quénu et Hartmann sur le procédé opératoire dans ce genre d'intervention, tient à relever la priorité en faveur de M. Nosiloff, dont le mémoire, paru en 1888, contient la technique complète de l'œsophagotomie postérieure

De plus, M. Quénu dit que, pour les raisons anatomiques que tout le monde connaît, il faut atteindre le médiastin postérieur à gauche et non à droite de la ligne médiane. Dans le cas dont il s'agit, la collection purulente avait dévié du côté droit.

Et, pour aller droit au but, M. Ziembiecki n'aurait pas hésité à ne pas tenir compte des dispositions rétro-œsophagiennes de la plèvre, quitte à obtenir ensuite l'écoulement du pus pleural par un empyème secondaire.

En terminant, l'auteur fait remarquer enfin que, s'il est facile de décoller la plèvre de la paroi dans l'œsophagotomie postérieure, en temps ordinaire, quand on opère sur le cadavre, il surgit de grandes difficultés, au contraire, dans les cas de collections purulentes, alors que le pus a créé des adhérences et d'autres empêchements. C'est un fait que l'auteur a vérifié lui-même sur le cadavre de sa malade.

M. Berger remet au bureau de la Société un travail de M. Lejars ayant pour titre : *Leçons de clinique chirurgicale* (La Pitié, 1893-94).

M. Picqué remet au bureau de la Société le 8e volume des comptes rendus des séances de l'Association française de Chirurgie.

M. Périer est nommé à l'unanimité membre de la Société.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 12 mars.

Du phosphorisme.

M. Magitot. — Tous les ouvriers exposés aux vapeurs du phosphore sont voués à cette cachexie lente qu'on appelle le phosphorisme. Celui-ci se manifeste par des accidents généraux, communs à tous les ouvriers, comme des signes d'anémie, la teinte subictérique de la peau, la présence du phosphore dans la salive et l'urine, l'odeur alliacée de l'haleine et l'accroissement de la déminéralisation de l'organisme ; elle se manifeste aussi par des signes locaux dépendant des prédispositions individuelles : entérite chronique, néphrite, cystite, fragilité des os, d'où fréquence des fractures et consolidation très lente de celles-ci, et enfin la nécrose spéciale des mâchoires, appelée nécrose phosphorée.

Le phosphorisme est d'une persistance et d'une ténacité extrêmes, et se retrouve bien après que l'ouvrier a quitté l'usine. La thérapeutique doit tendre à l'élimination complète du phosphore répandu dans l'économie : lait, oxygène, air ozonisé, térébenthine, à tous les agents capables de produire l'oxydation et l'élimination du phosphore. Ce traitement doit durer longtemps, et ce n'est qu'après la disparition du phosphorisme qu'on peut intervenir chirurgicalement, en vue de la résection des os nécrosés.

Amaurose consécutive à une suppuration du sinus maxillaire.

M. Panas. — Je vous rapporte le cas d'un malade atteint, après ostéo-périostite d'origine dentaire, de suppuration du sinus maxillaire, avec phlegmon de l'orbite, exorbitis et amaurose. L'intervention chirurgicale n'a pas empêché le malade de succomber à des accidents méningo-encéphaliques. Il y avait une méningite suppurée de la base et un abcès de la corne frontale ; la communication entre la cavité orbitaire et le cerveau s'était faite par une perforation du plafond de l'orbite. Une compression du tronc du nerf optique en arrière du trou optique expliquait l'amaurose.

Grossesse extra-utérine gémellaire datant de quinze ans.

M. Folet (de Lille). — J'ai l'honneur de vous rapporter l'observation d'une femme de quarante-neuf ans, qui fut enceinte pour la dernière fois il y a quinze ans. Au bout de neuf mois, elle eut un faux travail, et crut alors qu'elle n'avait pas été enceinte. Son ventre restait volumineux, et comme il était devenu douloureux il y a un an, je fis la laparotomie.

Je vis une grossesse gémellaire où un fœtus était mort à deux ou trois mois, et où l'autre était parvenu à terme, grossesse extra-utérine probablement tubaire. Le sac fœtal fut extirpé presque en totalité, et au bout de six semaines la malade était guérie.

J. P.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 8 mars.

M. Rendu, à propos du procès-verbal de la dernière séance, communique une lettre du Dr Ricochon, des Deux-Sèvres, qui a observé une élévation de température de quelques heures à la suite d'une injection de sérum de 20 centimètres cubes. Il s'agissait d'une diphtérie survenue sur une plaie opératoire : le malade était apyrétique ; la poussée fébrile s'est montrée dans les vingt-quatre heures qui ont suivi l'injection.

M. Le Gendre. — J'ai inoculé, il y a cinq jours, un enfant de cinq ans atteint de rhinite diphtérique : il n'y avait pour ainsi dire rien dans la gorge. Depuis trois jours, la température était de 39 degrés ; le lendemain de l'inoculation, elle était encore à 39 degrés le matin, et vingt heures exactement après l'inoculation, elle a sauté à 41 degrés 5, pour retomber le jour suivant à 37 degrés 6 le matin. Cette élévation thermique est due sans aucun doute à l'action du sérum. J'ai observé également la dissociation notée par M. Variot entre le pouls et la température ; le pouls était resté à 120, la température étant retombée à la normale.

Hospitalisation de la coqueluche.

M. Comby attire l'attention de la Société sur les conditions dans lesquelles les coqueluches sont hospitalisées à Trousseau : ces conditions sont très défavorables. M. Comby a deux salles affectées aux coqueluches (garçons) : l'une de 8, l'autre de 7 lits. En prenant le service au mois de décembre, il y a trouvé 16 enfants de un à cinq ans. Il a observé que, bien qu'il ne parût point s'agir de formes particulièrement graves, aucune médication n'avait d'efficacité réelle ; que tous les enfants avaient des quintes nombreuses et que 14 sur 16 présentaient de la fièvre ; 5 sont morts de bronchopneumonie (31 0/0). La gravité de la coqueluche hospitalière est bien connue. Elle a été signalée par Roger dans son traité de la coqueluche. Sur 847 cas de coqueluche observés aux Enfants-Malades, pendant une période de dix ans, il y a eu 242 décès (30 0/0 de mortalité). Roger a traité à l'hôpital 70 cas de bronchopneumonie de coqueluche et a eu 51 décès. Au contraire, la coqueluche traitée en ville ou dans les dispensaires est très bénigne. M. Comby, sur près de 1,200 cas qu'il a traités dans ces conditions, a eu très peu de décès (1 0/0 de connus).

Il incrimine particulièrement à l'hôpital Trousseau l'exiguïté et la malpropreté des salles. Elles sont mal aérées ; le cube d'air par enfant n'est que de 20 mètres cubes, alors qu'il faudrait 40 à 50 mètres cubes ; enfin, l'impossibilité de faire l'isolement.

M. Comby, après avoir fait évacuer et désinfecter les salles, a pris le parti de ne plus recevoir autant que possible de coqueluche à l'hôpital. Il est partisan du traitement à domicile, tant qu'on ne pourra avoir de service permettant l'isolement, avec deux malades au plus par salle.

M. Le Gendre appuie les observations de M. Comby. Il a été chargé du même service ; chaque fois qu'il a vu se produire simultanément deux bronchopneumonies dans une des salles, il l'a fait évacuer et désinfecter (3 fois) ; mais le bénéfice tiré des désinfections a toujours été assez court ; elles demandent à être répétées fréquemment. Il faut tenir compte également de la contagion par les bronchopneumonies amenées du dehors.

M. Du Cazal insiste sur ce point, que la contagion des bronchopneumonies n'a pas besoin de l'encombrement pour s'exercer ; aussi exige-t-elle des mesures de précaution et d'isolement sérieuses, même dans les salles peu encombrées.

Complications urinaires de la grippe. Cystite. Hématurie.

M. Comby rapporte l'observation d'un enfant de 13 ans, atteint d'une grippe ayant débuté par de la fièvre et un point de côté à gauche, avec l'état de la langue spécial à la grippe (langue large, aplatie, très saburrale) et foyer de râles sous-crépitants à la base gauche. Le huitième jour, alors que les phénomènes pulmonaires et la fièvre s'amendaient, l'enfant fut pris de violentes douleurs abdominales marquées surtout à la fin de la miction; en même temps il eut des hématuries à la fin des mictions; c'est alors qu'il entra à l'hôpital. Devant la violence des douleurs de cette cystite, on pensa un instant à un calcul. En huit jours tout disparut.

Un autre enfant, âgé de 12 ans, entra avec des phénomènes de courbature générale, des douleurs de reins vives, et l'état de la langue spécial à la grippe. Les urines noirâtres présentaient un mélange intime du sang, contenaient de nombreux globules sanguins et de l'albumine. M. Comby en fait une congestion rénale de nature grippale.

M. Rendu demande sur quel point M. Comby s'appuie pour affirmer la nature grippale de cette congestion rénale.

M. Comby reconnait que les signes de la grippe sont loin d'être au complet; cependant, l'état de la langue, l'embarras gastrique, le début assez lent plaident en faveur de la grippe.

M. Le Gendre a vu une hématurie grippale chez un homme de 60 ans, qui n'a jamais eu, chose assez curieuse, d'autre affection que la grippe: la première atteinte, assez sérieuse, en 1890, ayant duré trois semaines et, il y a un an, une grippe légère. Cette année, il a été pris de violentes douleurs de reins et d'hématurie et presque aussitôt les phénomènes habituels de la grippe sont apparus (douleurs de tête, plus spécialement au niveau des globes oculaires, toux, éternuement). L'hématurie a duré quarante-huit heures; les phénomènes pulmonaires ont persisté quinze jours.

L'albumine a disparu avec l'hématurie.

Il s'agit là d'une hématurie grippale sans néphrite.

Ces hématuries du début de la grippe sont généralement bénignes; la néphrite grippale vraie est plus tardive et a un pronostic bien plus sérieux.

M. Rendu admet la néphrite grippale et la nature grippale de l'hématurie observée par M. Le Gendre; il fait remarquer que dans le cas de M. Comby la grippe, bien que possible, n'est pas absolument démontrée. Il a actuellement dans son service un malade atteint d'hémoglobinurie et d'hématurie, avec violentes douleurs de tête et malaise général. Il ne se croit pas autorisé à en faire une hématurie grippale.

Traitement des vomissements de la grossesse par l'électricité.

M. Rendu lit sur ce sujet une note de *M. Champetier de Ribes*, portant sur cinq observations. Dans la dernière, l'état de la malade était assez grave pour qu'on songeât à un accouchement prématuré. Les effets du traitement ont toujours été rapides. Aussitôt après la première séance, les malades pouvaient garder une tasse de bouillon et, généralement, en huit jours la guérison a été obtenue. Le traitement employé dans ces derniers cas par MM. Gauthier et Larat a été la voltaïsation descendante continue du pneumogastrique droit; leur méthode a été exposée dans la *Revue internationale d'Electrothérapie*, 1894, p. 267. L'électrode positive de la largeur d'une pièce de deux francs est appliquée au-dessus de la clavicule droite entre les deux chefs du sterno-mastoïdien. L'électrode négative, formée par une plaque de 8 à 10 centimètres, est appliquée au-dessus de l'ombilic. On emploie un courant de huit à dix milliampères pendant une durée d'un quart d'heure et quelquefois d'une demi-heure. Cette méthode a donné des succès là où les autres traitements (inhalations d'oxygène, etc., etc.) s'étaient montrés inactifs.

Intoxication par le chloralose.

M. Rendu a observé la semaine dernière chez une de ses clientes les accidents les plus sérieux à la suite d'une dose de chloralose de 0 gr. 25. Cette malade avait la plus grande habitude des hypnotiques. Elle prit cette dose à minuit. A trois heures du matin, M. Rendu appelé auprès d'elle la trouve dans un état comateux profond, insensible à toute excitation. Le pouls était incomptable, les battements cardiaques très précipités (180 à 200), très faibles. La malade était cyanosée et présentait, non des convulsions, mais des secousses épileptoïdes légères dans tous les membres et les muscles de la face; les pupilles étaient très dilatées, la peau était couverte d'une sueur froide; la mort semblait imminente. M. Rendu fit une piqûre d'éther et vit le pouls se relever un peu et la cyanose diminuer; une deuxième piqûre sembla augmenter les phénomènes convulsifs; pensant que cet état convulsif indiquait un état d'excitation cérébrale, il se risqua à faire une piqûre de morphine d'un quart de centigramme, qui calma définitivement la malade. Vers huit heures et demie du matin, il la retrouva commençant à se réveiller, gardant une certaine difficulté dans la prononciation des mots, et n'ayant aucun souvenir de ce qui s'était passé. Les convulsions ont déjà été signalées par M. Marandon de Montyel. Il est important de signaler la possibilité de pareils accidents avec une dose de chloralose de 0 gr. 25, chiffre bien inférieur à celui que donnent MM. Richet et Landouzy. A l'avenir, M. Rendu ne donnera plus le chloralose que par cachets de 0 gr. 10, qu'il répétera de façon à ne point atteindre de doses plus fortes avant d'avoir expérimenté la susceptibilité du malade.

M. Siredey rappelle que M. Morel-Lavallée a signalé les accidents consécutifs à l'emploi du chloralose; il a observé du délire et des éruptions.

M. Le Gendre en a donné à plusieurs malades. Le seul qui s'en trouvât bien était un confrère qui, avec une dose de 0.20 centigrammes, avait un sommeil très agréable; chez les autres, le sommeil a toujours paru plus agité qu'avec les autres hypnotiques. M. Le Gendre a observé des accidents caractérisés par une angoisse extrême avec sensation de mort imminente.

M. Fernet. — Les doses maxima inoffensives indiquées par M. Landouzy sont de 0.60 et 0.75 centigrammes; certains formulaires donnent même un gramme.

M. Rendu. — La première malade, à qui j'ai vu prendre du chloralose, était une hystérique, sa dose journalière était de 0.50 centigrammes. Il faut tenir compte, dans les accidents provoqués par les hypnotiques et par le chloralose, de la susceptibilité particulière de l'individu, et tâter le terrain en donnant de faibles doses qu'on augmentera progressivement s'il est nécessaire.

H. Méry.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 9 mars.

Hémiatrophie de la face dans un cas de syringomyélie unilatérale.

MM. Déjerine et **Mirallié.** — La malade que nous vous présentons, âgée de 57 ans, est atteinte de syringomyélie avec prédominance très marquée des accidents à gauche; de plus, la face est asymétrique; la moitié gauche, moins développée, est comme aplatie, enfoncée, avec troubles trophiques vaso-moteurs, sans parler des phénomènes oculo-pupillaires que l'on rencontre parfois dans la syringomyélie. Ceux-ci s'expliquent facilement, car le centre cilio-spinal est intéressé ici dans la lésion. Mais l'hémiatrophie de la face n'est pas aussi aisée à comprendre. Faut-il la rapporter à une lésion de la racine descendante sensitive du trijumeau? Nous croyons plutôt qu'elle relève, comme tous les troubles trophiques de la face, d'une paralysie des filets sympa-

thiques seuls. Quoi qu'il en soit; puisque l'hémiatrophie faciale s'est montrée une fois le développement des os terminé, on peut en conclure que dans la syringomyélie, comme dans l'ataxie locomotrice, peut se voir un processus d'atrophie osseuse.

Du glycogène dans le sang normal et dans celui des diabétiques.

M. Kauffmann. — D'après mes recherches, le glycogène existe d'une façon constante dans le sang normal. Dans le sang des diabétiques, il se trouve en beaucoup plus grande quantité. Ces faits expliquent la présence de glycogène dans les reins, le cerveau et autres organes des diabétiques, d'autant plus qu'on le voit surtout dans les capillaires de ces organes.

Action du froid sur la thermogenèse.

M. Dastre, au nom de M. Lefèvre, dit que, si la température basse (bain à 5o) provoque chez l'homme une modification de la température centrale, le même sujet, plongé ensuite dans un bain à 15o, ne subit aucun changement. Les choses se passent comme s'il était maintenu dans l'eau à 5o. Donc l'excitation initiale due à l'action du froid provoque seule les modifications thermiques et calorifiques.

LES LIVRES

Atlas de cystophotographie, par Max Nitze ; traduction française par le Dr E. Desnos.

On sait quels importants perfectionnements ont été apportée par Nitzo à l'endoscopie de la vessie ; les progrès qu'il a fait faire à ce mode d'exploration ne se comptent plus. Tout dernièrement, en employant des lentilles plus fortes et des lampes d'une intensité supérieure, il est arrivé, à l'aide d'un dispositif très simple, adapté à son cystoscope, à fixer l'image obtenue sur une plaque sensibilisée : ce premier cliché, agrandi dix fois, donne une représentation exacte de l'image perçue par l'œil pendant une exploration.

Il est impossible de faire connaître d'une manière plus exacte les lésions vésicales ; cette exactitude est ici d'une importance extrême, car les atlas cystoscopiques, publiés jusqu'à présent, donnent des images plus ou moins schématiques. Or, l'étude des lésions vésicales, au moyen de la cystoscopie, exige un apprentissage assez long ; l'interprétation des images se trouve facilitée ainsi.

L'atlas comprend 60 figures qui représentent, dans une première partie, la plus utile, les lésions communes et banales ; d'autre part, les curiosités pathologiques : une page de texte annexée à chaque planche en explique le détail. En donnant de cet ouvrage une traduction fidèle et claire, le Dr Desnos a rendu un réel service à tous ceux qui s'intéressent aux voies urinaires.

Société d'Editions scientifiques, place de l'Ecole de Médecine, 4, rue Antoine-Dubois, Paris

Précis d'hydrothérapie scientifique, de N. Pascal, 2e édition, revue et augmentée, par le Dr Verrier, I. Q., directeur de l'Institut hydrothérapique « Fleury Pascal », à Passy, lauréat de l'Académie de Médecine, ancien préparateur à la Faculté.

Continuateur de la tradition scientifique de Fleury, M. le Dr Verrier a néanmoins, dans cette 2e édition du livre de N. Pascal, son beau-père, tenu compte de l'influence des douches chaudes dans certains cas et décrit la technique de leur application. Après avoir refait l'historique de l'hydrothérapie empirique et scientifique, décrit les appareils et les différents procédés, dans l'application desquels M. Pascal était passé maître, il s'est étendu sur l'importance de la *filiforme*, inventée par Salles-Girons et perfectionnée Pascal, pour le traitement des différentes maladies nerveuses qu'il énumère brièvement. C'est la théorie de l'aquapuncture renouvelée et mise au service de la neuro-pathologie.

M. Verrier termine ce précis par une série d'observations cliniques, contrôlées par les premiers maîtres de la science, Charcot, Raymond, Ballet, Sirodey, Paul Richer, Aubustin, etc.

Tel qu'il est, ce petit livre rendra de grands services aux médecins de province qui voudraient introduire l'hydrothérapie dans leur thérapeutique et il évitera aux praticiens de Paris les mécomptes qu'ils ne manqueraient pas de recueillir en adressant leurs malades dans des établissements qui ne seraient pas dirigés par la seule méthode scientique.

Chez Rueff et Ce, éditeurs, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

Hygiène alimentaire des enfants durant la santé, les maladies et la convalescence, par le Dr Périer. Un volume de la bibliothèque médicale Charcot-Debove, peau pleine souple, tête dorée : 3 fr. 50.

Ce nouveau volume, exclusivement consacré à l'alimentation des enfants, comprend trois parties. La première partie traite des éléments du régime, c'est-à-dire des principes immédiats de la nutrition et des aliments usuels. L'auteur s'y montre parfaitement au courant des recherches les plus récentes sur les fonctions de l'estomac, le rôle de l'acide chlorhydrique, etc., etc.

La seconde donne le régime approprié aux différentes périodes de l'enfance. Elle contient un chapitre spécialement consacré à la ration alimentaire, en rapport avec les besoins de la croissance.

La troisième est consacrée aux conditions morbides qui comportent une modification du régime ordinaire. L'importance de cette dernière partie n'échappera à personne et les médecins savent trop combien il importe de bien diriger le régime des enfants malades ou convalescents, pour ne pas mettre à profit les conseils de M. le Dr Périer, dont les travaux sur les questions d'hygiène infantile ont rencontré dans le corps médical un accueil si sympathique et dont les ouvrages de vulgarisation ont eu un si légitime succès.

Les centres moteurs corticaux chez l'homme, par J. M. Charcot-Debove et A. Pitres, un volume de la Bibliothèque Charcot-Debove, avec cinquante-sept figures dans le texte, dont cinquante et une en couleur : 3 fr. 50.

En 1893, Charcot désirant réunir en un travail d'ensemble un faisceau de preuves cliniques pouvant servir de base inébranlable à la doctrine des localisations cérébrales avait demandé à Pitres de l'aider dans la réalisation de cet important travail.

Pitres a voulu terminer le travail commencé sous la direction du maître, et c'est précisément celui qu'il donne aujourd'hui sous ce titre général qui comprend l'ensemble des faits principaux sur lesquels repose aujourd'hui l'histoire des localisations motrices sensitives et psychosensorielles.

La stérilisation alimentaire, par le Dr Jules Arnould, un volume de la bibliothèque médicale Charcot-Debove, peau pleine souple tête dorée, reliure d'amateur : 3 fr. 50.

L'auteur, après une longue étude sur le rôle des microbes pathogènes et pyogènes dans les aliments, passe en revue les agents et les procédés de stérilisation alimentaire.

Il étudie principalement la stérilisation de la viande par la chaleur, celle du lait et celle de l'eau.

Chimie médicale, corps minéraux, corps organiques, manuel de l'étudiant, par M. le Dr J. Garnier, professeur à la Faculté de Médecine de Nancy, 1 vol. double couronne, peau pleine souple. Prix : 6 francs.

Ce volume contient la description des corps si nombreux de la chimie médicale et de la chimie organique qui intéressent le médecin, avec l'indication de leur place dans la classification naturelle, leur propriétés essentielles et surtout celles de ces propriétés et de leurs applications qui sont d'un ordre médical.

Depuis l'organisation de l'enseignement préparatoire des sciences pour les futurs étudiants, ce livre est de haute actualité.

Chez J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

La mort et la mort subite, par P. BROUARDEL, doyen de la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Institut, 1 vol. in-8° de 455 pages ; prix : 9 fr.

ACTES DE LA FACULTÉ

DU 18 AU 23 MARS 1895

EXAMENS

LUNDI 18 MARS, à 1 heure. — *Dissection, épreuve pratique* : MM. Farabeuf, Jalaguier, Poirier. — 2e (2e partie) : MM. Gley, Retterer, Weiss. — 3e Oral (1re partie) : MM. Segond, Delbet, Varnier. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Kirmisson, Ricard, Tuffier. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Marchand, Lejars, Sebilcau. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu : MM. Straus, Déjerine, Chauffard.

MARDI 19 MARS, à 1 heure. — *Dissection, épreuve pratique* : MM. Mathias-Duval, Retterer, Sebilcau. — 3e (2e partie) : MM. Hallopeau, Ballet, Ménétrier. — 3e Oral (1re partie) : MM. Budin, Richelot, Albarran. — 4e : MM. Proust, Pouchet, Gilbert. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité : MM. Guyon, Campenon, Schwartz. — 5e (2e partie), Charité (1re série) : MM. Cornil, Marfan, Letulle. — 5e (2e partie), Charité (2e série) : MM. Raymond, Hanot, Roger.

MERCREDI 20 MARS, à 1 heure. — *Dissection, épreuve pratique* : MM. Farabeuf, Poirier, Retterer. — 3e (2e partie) : MM. Gley, Weiss, Henri. — 4e : MM. Pouchet, Landouzy, Netter.

VENDREDI 22 MARS, à 1 heure. — *Dissection, épreuve pratique* : MM. Farabeuf, Segond, Poirier. — 4e : MM. Pouchet, Landouzy, Netter. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité : MM. Delbet, Ricard, Tuffier. — 5e (2e partie), Charité (1re série) : MM. Potain, A. Robin, Gaucher. — 5e (2e partie), Charité (2e série) : MM. Grancher, Brissaud, Déjerine. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Marchand, Varnier.

SAMEDI 23 MARS, à 1 heure. — *Dissection, épreuve pratique* : MM. Duval, Campenon, Nélaton. - 3e Oral (1re partie) : MM. Polaillon, Rémy, Quénu. — 3e (2e partie) : MM. Dieulafoy, Hallopeau, Charrin. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Le Dentu, Schwartz, Brun. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Panas, Richelot, Albarran. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu : MM. Laboulbène, Chantemesse, Letulle. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique d'Accouchements, rue d'Assas : MM. Budin, Poirier, Bar.

THÈSES

MERCREDI 19 MARS, à 1 heure. — *M. Patay* : De la scoliose au point de vue obstétrical (MM. Tarnier, Le Dentu, Quénu, Bar). — *M. Champdemerle* : Contribution au traitement chirurgical du prolapsus génital (opération de Freund) (MM. Le Dentu, Tarnier, Quénu, Bar). — *M. Fornari* : De la fièvre bilieuse hématurique (MM. Laboulbène, Polaillon, Chantemesse, Charrin). — *M. Lelièvre* : Etude critique sur le pneumopaludisme et la pneumonie dans l'impaludisme (MM. Laboulbène, Polaillon, Chantemesse, Charrin). — *M. Gaffié* : Diagnostic de la tuberculose pulmonaire infantile par les injections de tuberculine (MM. Dieulafoy, Debove, Troisier, Marie). — *M. Chaillou* : La sérothérapie et le tubage du larynx dans les croups diphtériques (MM. Dieulafoy, Debove, Troisier, Marie). — *M. Louis* : Recherches sur la percussion métallique combinée à l'auscultation de l'appareil respiratoire, à l'état normal et dans quelques états pathologiques (MM. Debove, Dieulafoy, Troisier, Marie). — *M. Glorget* : Contribution à l'étude de l'embarras gastrique (MM. Debove, Dieulafoy, Troisier, Marie).

JEUDI 20 MARS, à 1 heure. — *M. Delabost* : Souffles cardio-pulmonaires chez les enfants (MM. Potain, A. Robin, Netter, Gaucher). — *Mme Feit* : Traitement de la période algide du choléra à l'hôpital Saints-Pierre-et-Paul de Saint-Pétersbourg pendant l'épidémie de 1892 (MM. Potain, A. Robin, Netter, Gaucher). — *Mlle Porojniakow* : Contribution à l'étude des palpitations liées aux affections gastriques (MM. Potain, A. Robin, Netter, Gaucher). — *M. Lesueur* : Grossesse et variole ; influence de cette maladie sur la mère et l'enfant ; les suites de couches (MM. Straus, Pinard, Chauffard, Varnier). — *M. Sifflet* : Du pronostic dans la présentation du sommet, l'enfant étant viable (MM. Pinard, Straus, Chauffard, Varnier). — *M. Reymond* : Contribution à l'étude de l'anatomie pathologique et à la bactériologie des salpingo-ovarites (MM. Terrier, Grancher, Déjerine, Jalaguier). — *M. Lacaze* : Réfrigération dans les maladies infectieuses chez les enfants (MM. Grancher, Terrier, Déjerine, Jalaguier).

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

FACULTÉS

Laboratoire de clinique des maladies du système nerveux.

Le personnel du laboratoire des maladies du système nerveux est composé comme il suit, pour la présente année scolaire : chef du laboratoire, M. le docteur Richer ; chef des travaux d'anatomie, M. le docteur Nageotte.

Cours annexes de clinique.

Sont nommés pour trois ans, chargés de cours annexes de clinique, les médecins et les chirurgiens des hôpitaux dont les noms suivent :

MM. Gaucher, Saint-Antoine ; Merklen, Laënnec ; Richelot, Saint-Louis.

Concours d'agrégation.

(Chirurgie et accouchements). — Questions traitées dans les leçons de 3 quarts d'heure.

5 mars. — MM. Villemin et Rieffel : Plaies du larynx et de la trachée.

6 mars. — MM. Nové-Josserand et Rivière : Des fibrômes de la paroi abdominale.

7 mars. — MM. Gandier et Peraire : Abcès froids de la paroi thoracique.

8 mars. — MM. Hartmann et Tellier : De l'épilepsie traumatique.

Concours du Bureau central (Chirurgie).

Le jury est ainsi définitivement composé : MM. Routier, de Saint-Germain, Jalaguier, Bazy, Reynier, Championnière, Petit.

Les candidats sont : MM. ~~Arrou~~, Cazin, ~~Chevalier~~, Clado, ~~Demoulin~~, Faure, ~~Guillemain~~, ~~Legueu~~, ~~Lyot~~, ~~Mauclair~~, ~~Morestin~~, Péraire, Reblaud, Regnauld, ~~Rieffel~~, ~~Sebileau~~, ~~Thiéry~~, ~~Villemin~~.

HOPITAUX DE PARIS

Hôpital Saint-Louis.

M. le docteur Richelot est chargé d'un cours annexe de clinique chirurgicale à l'hôpital Saint-Louis.

NOUVELLES

Médecins des bureaux de bienfaisance.

Un concours aux places de médecin des bureaux de bienfaisance (traitement à domicile et consultations) s'ouvrira le 4 juin prochain. Se faire inscrire avant le 4 mai. Un exemplaire du règlement du concours sera remis aux candidats lors de leur inscription.

Les candidats doivent justifier qu'ils sont Français, âgés de vingt-cinq ans au moins, munis d'un diplôme de docteur d'une des Facultés de médecine de l'Etat, et prendre l'engagement de résider, aussitôt après leur institution, dans l'arrondissement où ils doivent exercer leurs fonctions ou dans un quartier limitrophe.

Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux.

PRIX DUBREUILH

Ce prix, d'une valeur de 400 francs, sera décerné en 1896 au meilleur mémoire sur la question suivante :

Parallèle entre la symphyséotomie et l'accouchement provoqué dans les bassins viciés de huit centimètres et demi à neuf centimètres et demi.

Les mémoires, écrits très lisiblement en français, doivent être adressés, francs de port, à M. G. Sous, secrétaire général de la Société, 53, rue des Trois-Conils, jusqu'au 31 janvier 1896, limite de rigueur. Les membres associés résidants de la Société ne peuvent pas concourir. Les concurrents sont tenus de ne point se faire connaître. Chaque mémoire doit être désigné par une épigraphe qui sera répétée sur un billet cacheté, contenant le nom, l'adresse du concurrent ou celle de son correspondant. Si ces conditions ne sont pas remplies, les ouvrages seront exclus du concours.

66e Année. 9e Série. Tome II — No 12 — 23 Mars 1895

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : Dr F. de RANSE — *Rédacteur en chef* : Dr Pierre SEBILEAU

Secrétaire de la Rédaction : M. Em. EMERY

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 28, rue Vignon

CLINIQUE OBSTÉTRICALE

HOPITAL BAUDELOCQUE — M. LE PROFESSEUR PINARD

Traitement de la mort apparente du nouveau-né.

La femme qui a accouché hier, et dont je voudrais vous entretenir, présentait des conditions désastreuses au point de vue obstétrical.

C'est une secondipare; elle a accouché pour la première fois au mois de juillet 1893 dans la clinique de mon maître, M. le professeur Tarnier. Il est probable qu'on fut obligé de recourir à une intervention, mais la femme ne peut nous donner de renseignements bien précis à ce sujet.

A l'examen, on trouvait le diamètre promonto-souspubien égal à 10.3; la tête restait élevée, et l'on ne pouvait en aucune façon l'appliquer sur le détroit supérieur. J'ai pensé que le placenta était inséré sur le segment inférieur de l'utérus.

Ajoutez à cela une quantité considérable du liquide amniotique, et vous aurez une trinité pathologique extrêmement défavorable : bassin vicié, placenta prœvia et hydramnios.

Les premières douleurs apparurent avant-hier; le travail marchait lentement, le col se dilatait petit à petit et il se produisit, ce qui se produit ordinairement dans ces cas, une hémorrhagie.

Les douleurs devinrent énergiques, la tête restant toujours élevée et une poche considérable fit saillie en dehors.

Craignant une nouvelle hémorrhagie et espérant, d'autre part, que la tête descendrait si les membranes étaient rompues, on procéda à la rupture prématurée des membranes.

Il s'écoula une quantité considérable de liquide, mais la tête ne descendit pas, les bords de l'orifice utérin revinrent sur eux-mêmes et le travail s'arrêta.

Lorsque, le matin, j'ai examiné cette femme, j'ai trouvé l'orifice dans l'état que je viens de vous décrire, et, en pratiquant le toucher intra-utérin, il me sembla arriver sur un œil : bref, nous avions affaire à une présentation de la face.

Que fallait-il faire ?

Je pensais que l'introduction du ballon de M. Champetier ou une autre intervention quelconque ne pourrait que déplacer la tête et rendre l'accouchement encore plus difficile, et je pris le parti d'attendre.

On attendit.

Il est inutile de vous dire que l'asepsie et l'antisepsie étaient pratiquées de la façon la plus rigoureuse.

Dans la journée les contractions redevinrent violentes, la tête descendit, se fléchit, et l'enfant fut expulsé très rapidement. Il pesait trois kilogrammes.

La température qui était élevée tomba à la normale, et la mère actuellement se porte très bien.

Voilà, n'est-ce pas, un très beau succès.

La femme a évité un gros danger : une hémorrhagie violente qui aurait pu entraîner la mort. Elle est sauvée! Mais, si nous avons lieu de nous féliciter de l'issue heureuse pour la mère, nous ne pouvons pas en dire autant de l'enfant. En effet, ce dernier vint en état de mort apparente.

Sans vouloir nous arrêter sur les différentes définitions de l'état de mort apparente, nous dirons qu'il peut se présenter plusieurs cas.

D'abord, l'enfant peut naître étonné : les battements du cœur sont accélérés et la respiration est irrégulière. Au bout de quelque temps, tout rentre en ordre : les fonctions circulatoire et respiratoire s'accomplissent normalement. Dans d'autres cas, l'enfant ne respire pas du tout, mais le cœur bat. Enfin, vous pouvez rencontrer des cas où il n'y a ni battements du cœur, ni respiration.

Gardez-vous bien de dire que l'enfant est mort ! Vous n'en savez rien. La mort qui vous paraît réelle peut n'être qu'apparente.

Quant à l'enfant dont je vous parle, il ne respirait pas, mais le cœur battait.

Nous avons eu recours pour le ranimer à différentes méthodes, mais sans succès définitif. Je veux dire, par là, que, pendant quelque temps, la respiration s'est rétablie, mais elle ne s'est pas maintenue et l'enfant est mort.

Je voudrais profiter de cette observation très intéressante pour vous exposer la conduite à tenir dans de pareils

cas, et pour vous décrire les différents moyens qu'on emploie généralement.

A la clinique Baudelocque, nous avons eu, depuis le 1er décembre 1892 jusqu'au 1er décembre 1894, c'est-à-dire pendant deux ans, cinquante enfants nés en état de mort apparente.

Vingt-quatre ont été ranimés par la désobstruction des voies respiratoires et la stimulation.

Vous savez combien ces deux moyens fort simples sont importants. Dès que l'enfant naît, vous introduisez votre doigt dans la bouche pour la débarrasser des mucosités qui s'y trouvent et qui empêchent la respiration de s'exercer librement.

Quant à la stimulation, elle est aussi très importante et là j'insiste sur une petite manœuvre fort utile qui consiste dans des frictions de la colonne vertébrale. Ces frictions, sans être violentes, doivent pourtant être exercées avec une certaine force. Bien souvent, vous verrez l'enfant, après quelques frictions, ouvrir les yeux et même faire le premier mouvement respiratoire.

Je ne saurais vous recommander trop de précautions quand vous employez la flagellation. Chez les enfants, dont la circulation se fait déjà assez mal, on provoque avec la plus grande facilité des ecchymoses. D'autre part, gardez-vous d'employer les linges trop chauds dont on se sert ordinairement pour envelopper le nouveau-né. J'ai vu un cas bien malheureux : un enfant est mort de brûlures étendues causées par un linge trop chaud.

Voilà donc quelques moyens qui, je le répète, malgré leur simplicité, suffisent dans un grand nombre de cas. Mais, si l'enfant n'est pas ranimé, vous devrez avoir recours à un autre procédé, plus compliqué celui-là, je veux parler de l'*insufflation*.

Je vous rappelle que c'est Chaussier qui, le premier, imagina à cet usage un tube qui porte son nom. M. Ribemont a modifié cet instrument en se basant sur des recherches anatomiques très précises et lui a donné la courbure normale.

Vous introduisez le tube de M. Ribemont dans la bouche, de là dans le larynx en le guidant sur votre doigt et vous pratiquez l'aspiration d'abord pour enlever les mucosités, et l'insufflation ensuite.

Ce procédé présente un inconvénient et un danger.

L'inconvénient consiste en ce que bien des médecins — il faut l'avouer — sont incapables de pratiquer l'insufflation, mais cet inconvénient disparaîtra le jour où vous vous serez habitués, au cours de vos études, à vous servir du tube de M. Ribemont.

Je vous ferai remarquer en passant que je ne suis nullement partisan de l'insufflation de bouche à bouche. On croit généralement pouvoir, par ce moyen, faire pénétrer sûrement l'air dans le larynx, et c'est dans l'estomac qu'il passe bien souvent. Je pourrais vous citer, à ce propos, un cas bien curieux, que j'ai observé moi-même, où l'air, insufflé dans la bouche, sortait par l'anus.

J'arrive au danger. Il consiste dans la production de l'emphysème par suite de la rupture de vésicules pulmonaires. J'y insiste d'autant plus que des observateurs prétendent qu'il était impossible de produire des lésions pulmonaires par l'insufflation.

Eh bien, non ! Ces lésions sont possibles, et, dans les expériences que j'ai faites, j'ai pu parfaitement constater leur existence. Le fait, du reste, s'explique assez facilement.

N'oubliez pas que vous avez affaire à des poumons qui n'ont pas respiré, qui se tiennent en état d'atélectasie.

Lorsque vous insufflez l'air, il ne pénètre pas partout également, il ne se distribue pas de façon uniforme; il y aura donc des vésicules qui supporteront presque tout le poids de l'air insufflé, et, quand la résistance organique du tissu pulmonaire sera vaincue par la pression, la rupture se produira fatalement.

C'est pour cela justement que M. Ribemont conseille, et je suis de son avis, de pratiquer l'insufflation très lentement, sans faire d'efforts. En procédant de la sorte, vous obtiendrez de très bons résultats; dans ces conditions, l'insufflation peut être considérée comme le meilleur moyen de ranimer les enfants nés en état de mort apparente.

C'est ce procédé qui fut employé sur 17 enfants, et si, sur ce nombre, 11 sont morts, la respiration put néanmoins être rétablie chez eux.

Quant aux six autres, on eut recours pour les ranimer à l'insufflation, aux tractions rythmées de la langue, le procédé décrit par M. Laborde.

Tous les enfants sont morts. Dans un seul cas, les tractions de la langue ont provoqué la respiration, l'insufflation étant restée sans effet.

Dans les autres cas où la respiration ne se faisait pas, mais où les battements du cœur étaient assez perceptibles, le procédé de M. Laborde provoqua la coloration des téguments, mais la respiration ne s'est pas établie et le cœur s'est ralenti. On fut forcé de reprendre l'insufflation, grâce à laquelle les battements cardiaques reprirent leur énergie; puis la respiration s'établit définitivement, et les enfants continuèrent à vivre. Nous avons observé la même chose sur l'enfant dont l'observation a servi de point de départ à cet exposé.

Faut-il en conclure que les tractions de la langue sont un procédé inutile ? Non pas ! Je suis bien loin de contester leur grande efficacité, quand il s'agit des adultes, et, certainement, si je me trouvais près d'un pendu ou d'un noyé, je n'hésiterais pas un instant et j'appliquerais le procédé de M. Laborde. Mais au point de vue spécial qui nous occupe, quand on a affaire à des enfants qui viennent de naître, dont les poumons n'ont pas encore respiré, les tractions de la langue ne me paraissent pas être appelées à rendre de grands services.

Ayez-y recours dans les cas où les autres moyens ont échoué, mais je ne vous cache pas mon scepticisme à ce sujet. En tout cas — ceci soit dit en passant — ne vous servez d'aucun instrument : le meilleur à employer, ce sont les doigts. Enveloppés dans un linge, non seulement ils remplacent avantageusement toutes les pinces, mais sont incontestablement moins dangereux et produisent beaucoup plus rarement des lésions.

Pour résumer cet exposé, je vous dirai que le meilleur procédé, à mon avis, c'est l'*insufflation à l'aide du tube de M. Ribemont*. Ce procédé est tellement puissant que souvent vous pourrez voir des enfants dont les réflexes circulatoire et respiratoire ont été provoqués par le simple contact du tube avec le larynx. Certes, c'est une arme à deux

tranchants. Je vous ai déjà montré le gros danger qu'il présente, mais en vous en servant prudemment, en l'appliquant dans des conditions bien déterminées, vous obtiendrez les meilleurs résultats et sauverez la vie à bon nombre d'enfants.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Traitement chirurgical du goître exophtalmique.

Par M. le Dr Tuffier, chirurgien de l'hôpital Dubois.

Les recherches actuelles sur les fonctions du corps thyroïde et les accidents qui accompagnent son atrophie ou son hypertrophie, l'hyper et l'hypothyroïdisation m'engagent à présenter l'histoire d'une de mes malades.

C'est une jeune fille de 26 ans dont j'ai suivi la maladie depuis 7 ans. J'avais déjà soigné son père pour un goître parenchymateux qu'il porte encore actuellement. Lorsque je vis cette malade, elle présentait, outre des troubles de la menstruation, tous les signes d'un kyste du corps thyroïde avec exophtalmie. Ce kyste occupait le lobe droit, à peu près au niveau de l'asthme, il avait le volume d'une grosse noix. Son exophtalmie était très marquée et s'accompagnait de violente céphalalgie, de bourdonnements d'oreille. J'essayai d'abord pendant trois mois des injections interstitielles de teinture d'iode dans le lobe droit hypertrophié. Je n'obtins aucun succès, si bien qu'au mois de juin 1888, je pratiquai une ponction du kyste ; il s'en écoula un liquide hématique et je fis une injection iodée, c'est à peu près vers la même époque que les palpitations, les bourdonnements, joints à un tremblement si marqué qu'il empêchait la malade de travailler, m'obligèrent à envoyer cette femme à la Salpêtrière. Chauvel porta le diagnostic : goître exophtalmique et lui conseilla un traitement électrique qui fut très régulièrement suivi pendant deux ans. Il n'y eut aucune amélioration. De nouvelles injections iodées n'eurent pas plus de succès, si bien qu'en 1894, je revis la malade avec les mêmes accidents, auxquels se joignaient des accès de suffocation. Devant ces échecs successifs de ces moyens médicaux et palliatifs, et surtout en présence des accidents de compression trachéale, je jugeai l'intervention nécessaire.

Le 6 juillet, à l'hôpital Beaujon, avec l'aide de mes internes, MM. Claude et Lévi, je pratique la thyroïdectomie partielle. Incision latérale droite suivant la direction du bord antérieur du sterno-mastoïdien. Hémostase par pincement des veines préthyroïdiennes, isolement du lobe droit et de l'isthme de la glande. Impossibilité d'isoler l'ancien kyste injecté autrefois à l'iode, ouverture de la poche remplie d'un peu de liquide noirâtre, mais surtout de tissus thyroïdiens végétants. On sent la trachée légèrement aplatie mais ferme. Ablation par morcellement du kyste, puis section de l'isthme et ablation par le même procédé de la moitié inférieure du lobe droit. Hémostase définitive au catgut. Réunion des différents plans, suture de la plaie sans drainage. Aucune suite opératoire.

Aujourd'hui, cette femme ne présente plus aucun tremblement, elle peut exercer sa profession de couturière, ses palpitations ont disparu, elle n'a pas eu la moindre dyspnée depuis son opération. Quant à son exophtalmie, vous voyez qu'elle a presque complètement disparu. La cicatrice de la plaie opératoire est à peine visible et l'absence de l'isthme du corps thyroïde et de la plus grande partie de son lobe droit ne s'accompagne d'aucune asymétrie du cou. On sent parfaitement à gauche le lobe thyroïdien qui n'a pas subi d'hypertrophie depuis l'ablation de son congénère. Il n'y a aucun trouble de la santé générale qui rappelle en quoi que ce soit les débuts d'un myxœdème ou d'une altération quelconque de la santé générale.

L'idée de s'attaquer au corps thyroïde pour guérir la maladie de Basedow n'est pas neuve, mais les faits publiés sont peu nombreux à l'étranger et relativement rares en France. La thyroïdectomie totale me paraît devoir être abandonnée, ses résultats immédiats sont peu encourageants et les accidents tardifs sont redoutables. Je ne vous dirai rien de l'exothyropexie qui n'a pas fait encore ses preuves et je crois que la *thyroïdectomie partielle* s'attaquant au lobe hypertrophié est la méthode de choix n'ayant à son actif jusque dans ces derniers temps, que l'empirisme ; elle trouve aujourd'hui un solide appoint dans les théories actuelles sur l'hyperthyroïdisation, théories qui paraissent chaque jour gagner du terrain. Elle devient donc une opération rationnelle logique, une véritable thérapeutique *pathogénique* et c'est ce qui m'engage à vous présenter l'histoire de cette femme et à vous montrer son état actuel sept mois après l'opération.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 20 mars. — Présidence de M. Théophile Anger.

M. Quénu. — A propos de la lecture du procès-verbal et de la communication de M. Ziembiecki (Voir *Gazette Médicale*, du 16 mars 1895), je tiens à faire une simple rectification. D'une part M. Ziembiecki dit que M. Hartmann et moi nous nous sommes inspirés, dans notre travail de 1891, du travail antérieur de M. Nosiloff. D'autre part, il ajoute que nous sommes arrivés à des conclusions différentes. Voici la vérité : Nous avons disséqué d'abord, nous avons eu connaissance du travail de M. Nosiloff ensuite ; c'est d'après nos dissections seules que nous avons posé nos conclusions différentes de celles du chirurgien russe. N'ayant pas alors autour de nous le moyen de faire traduire le travail de cet auteur, nous nous sommes contenté de citer son travail dans nos indications bibliographiques.

Traitement des contusions graves de l'abdomen.

M. Michaux. — L'histoire du traitement des contusions graves de l'abdomen ne date pas d'hier. En 1883 déjà, des faits de ce genre ont été publiés ici.

En 1892, M. Nélaton en a rapporté quelques observations. Moi-même alors, j'en ai cité deux faits. Février, Chavasse, Adler dans sa thèse, méritent une mention à ce sujet. Enfin, l'an dernier, les chirurgiens de Nancy ont pour ainsi dire mis la question à point. Mais si, dans le nombre, la plupart des chirurgiens pensent que ce traitement doit consister dans une laparotomie précoce, tous ne sont pas de cet avis.

Pour moi, je crois qu'il faut, avant tout, apporter le plus grand nombre de faits sur ce sujet pour être en droit de tirer des conclusions pratiques, et c'est ce que j'ai l'intention de faire aujourd'hui.

Ma discussion portera sur onze cas qui me sont personnels. De ces onze cas, quatre vous sont connus que j'ai déjà rapportés ici. Les sept autres sont de date plus récente. Néanmoins, je me dis-

pense de vous lire les observations. J'aurai à revenir sur chacune d'elles dans la suite. A ces onze cas, j'ajouterai les sept observations publiées par M. Gross (de Nancy) et une dernière observation que M. Walther m'a permis de joindre aux miennes. Voyons donc, sur cet ensemble de dix-neuf cas, les considérations qu'on est en droit de faire.

Et d'abord, que doit-on penser de l'étiologie de ces contusions graves de l'abdomen ? Il s'agit généralement d'un traumatisme intense, mais, dans le fond, d'une intensité très variable, surtout si l'on considère le cas de M. Gross, dans lequel un malade, dont la contusion abdominale résultait d'une simple chute sur un de ces arceaux de fer qui bordent les pelouses des jardins, contracta rapidement une péritonite mortelle.

De l'anatomie pathologie dans ces accidents, je ne vous dirai pas grand'chose. Tous les organes abdominaux peuvent être lésés. On a rencontré des lésions des voies biliaires du foie, du mésentère : on a vu des déchirures de l'intestin, des blessures du rein, de la vessie, etc.. Ecartant les lésions des voies urinaires, nous voyons, en somme, que sur les dix-neuf cas, douze présentaient des lésions graves, quatre des lésions moyennes et les autres des lésions légères. Cette étude statistique présente quelque intérêt au point de vue de l'intervention. Cependant, je dirai que je n'ai vu qu'une fois la section complète de l'intestin.

D'autre part, je n'ai pas rencontré le ratatinement de l'intestin, dont parle Février. Une seule fois, j'ai vu ce ratatinement, mais c'était un ratatinement général. Si, quelquefois, il parait ne pas y avoir de lésion de l'abdomen, ce n'est pas une raison de croire qu'il ne s'en développera pas plus tard. Tel fut le cas de M. Gross dans lequel une lésion du foie peu apparente, mais infectée quelques jours après l'accident, fut suivie d'une collection purulente sous-hépatique qui lésa la mésantérique supérieure et fut suivie d'une gangrène de l'intestin. Ainsi donc, les lésions consécutives aux contusions graves de l'abdomen peuvent être multiples et éloignées.

Quand on ouvre l'abdomen dans ces conditions, il est, pour ainsi dire, constant qu'on y rencontre un épanchement sanguin. La quantité du sang épanché est variable. J'ai rencontré une fois deux litres de sang ; d'autres fois, le péritoine n'en renferme que quelques centaines de grammes. Les causes de ces hémorrhagies ne varient guère. Ce sont la plupart du temps des ruptures des vaisseaux mésentériques. Comment faut-il enlever ce sang ? Je me suis toujours servi de grosses éponges et je ne saurais trop recommander ce procédé. J'insisterai, en passant, sur le bon signe que l'on a de l'épanchement de sang, dans la coloration noire du péritoine à l'ouverture de l'abdomen.

Quant à l'évolution des contusions graves de l'abdomen, elle se résume, pour ainsi dire, en ces deux faits : *a*) il y a le schok traumatique qui domine l'état du malade aussitôt l'accident ; *b*) il y a, en second lieu, une période de réaction avec des troubles variés qui sont d'une importance considérable au point de vue du diagnostic de l'intervention. Au sujet du schok, je tiens à établir, d'après les faits que j'apporte, que son intensité est loin d'égaler l'intensité du traumatisme. Puis, au bout de la sixième heure après l'accident, le blessé prend un meilleur aspect. Enfin, de la dixième à la vingt-deuxième heure, son état parait satisfaisant. Mais, à ce moment, la période de réaction commence, il se présente des vomissements, des nausées, la région traumatisée devient douloureuse, la percussion donne de la submatité, la température s'élève, atteint 38°.

Je considère cette élévation de température comme une excellente indication de l'intervention. Il faut donc surveiller très attentivement le traumatisé, je dirai même qu'il faut s'assurer par soi-même de son état, et je crois devoir à cette surveillance personnelle des interventions hâtives et suivies de succès. De l'évolution ultérieure de la contusion abdominale, je ne dirai rien, tout le monde sait que si l'on n'intervient pas, c'est généralement la mort à bref délai.

En somme, j'arrive aux conclusions suivantes : *a*) la lésion des viscères dans la contusion abdominale n'est pas proportionnelle à l'intensité du traumatisme ; *b*) dans les vingt-quatre premières heures après l'accident, il n'existe pas de signes cliniques capables de commander l'intervention. Mais, à partir de ce moment, l'opération s'impose et cette opération, c'est la laparotomie. Cette laparotomie est absolument sans gravité. C'est un fait très nettement acquis pour nous. Je ne sais vraiment pourquoi quelques médecins, qui cependant acceptent la cure radicale de la hernie, refusent encore d'admettre la laparotomie.

La laparotomie a pour elle deux choses : elle est faite sur un individu en pleine santé et chez lequel l'opération n'a pas de retentissement ; elle prévient un état grave pour l'avenir du malade. Il faut donc intervenir et intervenir dans tous les cas. Telle est d'ailleurs la conclusion des chirurgiens de Nancy.

Je ferai remarquer, toutefois, que je ne suis jamais intervenu sans des raisons cliniques suffisantes et cela, je le répète, grâce à une vigilance de chaque instant qui m'a permis, le plus souvent, d'opérer mon malade au bon moment. Mais dans quelles conditions faut-il intervenir ? Je crois qu'il faut intervenir le plus tôt possible, dans les 15 ou 20 premières heures après l'accident, et je crois que l'intervention doit être rapide. La rapidité est facile à acquérir puisque l'on sait que le traumatisme est localisé. Enfin, on traite chaque lésion comme il convient, mais le plus vite possible, je ne saurais trop le redire. Il va sans dire que l'opéré doit être maintenu à une diète absolue et c'est risquer la vie de son malade que de lui donner quoi que ce soit après l'opération. En dernier lieu, je citerai mes résultats bruts en disant que sur mes onze cas de contusions graves de l'abdomen traitées par la laparotomie, j'ai eu neuf guérisons et deux morts.

Diagnostic des rétro-déviations utérines.

M. Le Dentu. — J'ai constaté, dès 1882, l'existence d'une crête médiane sur la face postérieure du corps de l'utérus, et j'ai appliqué, dans ma pratique, l'existence de cette crête au diagnostic des rétro-déviations utérines. Il y a trois ans je fis de cette découverte l'objet d'une leçon clinique dans mon service de Necker. Cette leçon fut rédigée par M. Pichevin et publiée dans la *Gazette Médicale*.

Vous savez que certains cas de rétroversions utérines ne sont pas toujours très faciles à diagnostiquer, par exemple lorsqu'il existe des petits fibrômes à la face postérieure ou à la face antérieure de l'utérus et lorsqu'il existe des lésions inflammatoires des annexes. Il y a donc un intérêt clinique à utiliser la présence de cette crête utérine que j'avais déjà vue en 1882. Quand donc l'utérus est en rétroversion, il suffit de porter le doigt dans le cul-de-sac postérieur et l'on sent cette crête à la face postérieure du corps utérin. On la sent d'autant mieux, dans la rétroflexion, que l'utérus, tassé, l'a rendue plus saillante. Je sais bien que l'hystérométrie peut nous donner tout de suite le moyen de diagnostiquer ces différentes dispositions. Mais l'hystérométrie demande des soins préliminaires. Il est donc bon de posseder dans la pratique un moyen de diagnostic plus rapide. Sauger a parlé dans ces derniers temps d'une petite crête située sur la face antérieure de l'utérus. Il la considère comme étant en relation constante avec la rétroversion congénitale de l'utérus.

Enfin, il y a quelques jours, M. Pichevin et moi nous avons constaté simultanément l'existence d'une petite crête antérieure de l'utérus dans les cas d'antéversion.

Je ne fais que signaler le fait. Nous sommes en train de l'étudier ; j'apporterai plus tard de plus amples détails.

M. Schwartz présente une tumeur cérébrale qu'il a extraite, il y a huit jours, par deux opérations consécutives : *a*) trépanation ; *b*) extraction de la tumeur. La tumeur siégeait à cheval sur le centre du membre supérieur sous le sillon de Rolando. Elle était ovoïde et avait cinq centimètres de long sur deux de large. Depuis l'opération, le malade qui présentait des accidents épileptiformes et hémiplégiques s'est considérablement amélioré.

M. **Delorme** présente un malade atteint d'une luxation sous-épineuse de l'épaule droite compliquée d'une fracture du col de l'humérus. Vingt-six jours après l'accident, l'excision de la tête humérale a été faite. Les résultats actuels sont excellents : amplitude suffisante des mouvements du bras et, chose curieuse, les deux bras mesurés de l'olécrâne à l'acromion ont 35 centimètres de longueur, il n'y a pas de raccourcissement. Mais l'auteur apportera bientôt l'observation complète de son malade.

J. P.

Election d'un membre titulaire.

Votants : 23. — Majorité : 12.

MM. Poirier	14 voix (*élu*)
Broca	3 —
Walther	3 —
Virchères	2 —
Jullien	1 —

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 19 mars.

De la gastropexie.

M. Le Dentu, à propos d'un travail de M. Duret (de Lille), lit un rapport dont voici les principaux points :

M. Duret a imaginé la gastropexie pour traiter la gastroptose. La première question qui se pose, quand on envisage cette opération, est de savoir si la fixation est effective et si elle se maintient. Ici, comme pour la néphropexie, l'hystéropexie, etc., il est permis de croire que la persistance des nouveaux rapports de l'estomac suspendu est hors de contestation. Mais, ensuite, il s'agit de voir si l'opération a bien une efficacité réelle sur les symptômes locaux de la maladie. Il faut bien dire que l'intervention ne les supprime pas toujours, d'autant plus que l'estomac est un organe creux. De plus, l'entéroptose accompagnant le plus souvent la gastroptose, la gastropexie, dans ces cas, ne vise qu'une partie des symptômes.

Enfin, en fixant le pylore à la région épigastrique, on force l'organe à se couder sur lui-même, sans parler des adhérences qui se forment entre l'estomac et la paroi abdominale, qui peuvent n'être pas sans inconvénient. Ce n'est qu'en cas de simple déplacement de l'estomac que la gastropexie peut véritablement réussir. Quoi qu'il en soit, c'est une ressource pour toutes les dyspepsies, contre lesquelles le traitement purement médical ne peut rien.

De la néphrolithotomie et de la néphrectomie dans les calculs ramifiés du rein.

M. Le Dentu lit un rapport sur ce sujet à propos d'une communication de M. Duret (de Lille).

La néphrotomie peut suffire, lorsqu'il n'y a pas de suppuration du bassinet et si la pierre n'est pas assez volumineuse pour porter atteinte à l'intégrité du tissu rénal. Ce dernier point peut être résolu par l'affirmative quand le calcul atteint cinq à six centimètres, et aussi dans certaines circonstances où celui-ci ne dépasse pas trois à quatre centimètres. Dans le doute, il vaut mieux pencher pour l'extirpation de la portion rénale qui paraît insuffisante.

Lorsqu'il s'agit de pierre volumineuse, avec pyonéphrose ancienne, faire la néphrectomie d'emblée est impossible. Et alors, comme l'a fait M. Duret, on agira par temps successifs : incision large du bord convexe, broiement de la pierre et néphrectomie terminale. Ce n'est que dans quelques cas que l'on enlèvera d'emblée le calcul et le rein.

Enfin, s'il y a suppuration, il est bon de commencer par vider et par désinfecter le foyer. Quoi qu'il en soit, le mieux est la néphrectomie faite le plus complètement possible ; la néphrectomie toutefois sera le seul procédé auquel on puisse avoir recours.

De la pathogénie du coup de chaleur.

M. Cadet de Gassicourt lit à ce propos un travail de M. G. Colin (d'Alfort), dans lequel ce dernier montre qu'il faut avant tout savoir comment la chaleur absorbée ou produite en excès par l'organisme peut se dissiper. On sait que c'est l'augmentation de la fréquence de la respiration et l'exagération de la transpiration qui sont les meilleurs défenseurs contre la chaleur. Donc il faudra favoriser la transpiration, et éviter les causes de refroidissement brusque.

M. Vallin. — Je ne crois pas, comme M. Kelsch, que les tares héréditaires ou acquises jouent dans la pathogénie du coup de chaleur un rôle si important. Il y a dans cette question à envisager l'insolation proprement dite et le surmenage. Le mieux serait naturellement de recourir à l'expérimentation pour avoir une solution à cette question.

Du phosphorisme.

M. Péan. — A propos de la communication de M. Magitot, je rappellerai que, dans mes leçons, j'ai souvent insisté sur les troubles de la nutrition occasionnés par le phosphorisme. Je crois, comme M. Magitot, qu'il ne faut recourir à l'intervention chirurgicale que lorsqu'on a reconnu l'impuissance des traitements médicaux.

Néanmoins, si la nécrose ou la suppuration des maxillaires est étendue, on doit enlever le plus rapidement possible les portions envahies.

Des opérations sur le rocher.

M. Garnault. — On sait que Kœrner dit que, dans les opérations sur le rocher, on serait beaucoup plus exposé à ouvrir la fosse cérébrale moyenne chez les brachycéphales que chez les dolichocéphales, car le plancher serait plus abaissé, le sinus latéral plus procident en avant et en dehors.

D'après mes recherches, il m'a semblé qu'il n'y avait que des variations individuelles impossibles à prévoir d'après la forme du crâne. Aussi, avant l'intervention, il faut considérer comme dangereux tous les cas, et tous les traiter comme tels.

D'autre part, j'ai vu que le repère chirurgical constitué par la ligne temporale doit être abandonné, à cause des différences notables de développement et de position, qu'on ne peut préciser par aucune loi. Il est bien préférable de prendre comme points de repère le rebord supérieur du conduit et la spina supra meatum.

J. P.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 15 mars.

Du trional.

M. Galliard. — Découvert en 1890 par Baumann et Kost, le trional est un disulfone, proche parent du sulfonal. Je l'ai prescrit à 40 malades, à la dose quotidienne et uniforme d'un gramme; je l'ai donné dans du pain azyme, car il n'est soluble que dans une grande masse d'eau chaude. J'ai obtenu le sommeil chez 35 malades, assez rapidement, au bout de 20 à 25 minutes, et il a duré presque toute la nuit. Peu de troubles à noter, quelques nausées, un peu de vertige ou de céphalalgie au réveil, aucun désordre circulatoire. Je n'ai pas vu l'hématoporphynurie, qui a été observée chez des malades prenant du sulfonal depuis longtemps ; mais aucun de mes malades n'a pris plus de six doses consécutives.

M. Worms qui a donné à un malade, pendant cinq semaines, une dose quotidienne de 1 gramme à 1 gr. 50, m'a remis l'analyse de l'urine de ce malade faite par M. Raymond. Elle contenait quelques globules rouges, de la globuline, pas de sucre, mais un corps réducteur lévogyre, déviant à 0°4.

J'ai donné le trional surtout à des tuberculeux, à des cardiaques, à un morphinomane et à trois neurasthéniques. C'est chez ces derniers qu'il a paru le mieux agir.

Le trional est un hypnotique inoffensif, qui agit plus rapidement que le sulfonal.

M. Marie. — J'ai employé également le trional à la dose d'un gramme et j'en ai obtenu de très bons effets. J'emploie aussi le chloralose, à la dose de 0 gr. 10; s'il se montre inactif, j'arrive au bout de deux ou trois jours à la dose de 0 gr. 20 que je ne dépasse pas. Jamais je n'ai observé d'accidents.

M. Rendu lit une note de M. Muselier, qui a observé également un cas d'intoxication par le chloralose. Il s'agissait d'une dame de 68 ans ancienne diabétique et albuminurique, à cœur gras, ayant des accidents d'asthme cardiaque. L'état de son cœur était assez satisfaisant, la compensation à peu près assurée, quand la malade prit un soir un cachet de chloralose de 0 gr. 20; le lendemain, elle était dans un état effrayant avec de l'orthopnée et du collapsus cardiaque. Malgré plusieurs piqûres d'éther, la mort survint. Le fait a été communiqué à M. Ch. Richet, qui, dans ses expériences, a vu que, contrairement au chloral, le chloralose relevait l'action du cœur. M. Muselier signale cette anomalie entre les résultats de l'expérimentation et ceux de l'observation clinique.

La conclusion de toute cette discussion, pour M. Rendu, est qu'il faut prescrire, comme l'a fait M. Marie, le chloralose à la dose de 0 gr. 10.

Paralysie du grand dentelé.

M. Galliard présente une malade, tuberculeuse du sommet gauche, qui a une déviation particulière de l'omoplate gauche, datant de l'âge de six ans. Cette malade a été traitée à Lyon à l'âge de neuf ans et on a diagnostiqué une paralysie du grand dentelé; tous les phénomènes constatés alors ont persisté jusqu'à l'époque actuelle (la malade est âgée de trente ans). M. Galliard confirme le diagnostic de paralysie du grand dentelé et montre ses différents signes.

A l'état de repos, le scapulum se trouve rejeté en arrière et en dehors, d'où saillie considérable du bord spinal, légère scapula alata et écartement de la colonne vertébrale de 2 centimètres plus grand que du côté droit. L'angle inférieur de l'omoplate est plus haut de 2 centimètres et demi que celui du côté droit; l'angle supérieur soulève la peau en arrière de la clavicule, et en avant on aperçoit au-dessus de la clavicule la saillie très considérable formée par cet angle supérieur; la dépression sous-claviculaire est très accentuée. Il existe une légère scoliose à convexité droite.

Pendant les mouvements, l'omoplate se détache encore plus de la paroi thoracique et forme la saillie en aile de pigeon la plus caractéristique, le sillon rétro-scapulaire s'accentue; fait important, *la malade ne peut lever son bras au-dessus de la position horizontale*; dans les mouvements l'omoplate suivant le bras subit un mouvement de sonnette caractéristique.

L'examen électrique, courants faradiques, montre que le grand dentelé du côté gauche et le segment inférieur du trapèze sont absolument inexcitables. Il y a une atrophie très marquée des régions correspondantes. Il y a en même temps une atrophie marquée du muscle grand pectoral du côté gauche, il se contracte très mal. La saillie deltoïdienne est à peu près conservée, ce muscle se contracte bien. Comme signe fonctionnel, M. Galliard signale la fatigue rapide du membre supérieur gauche et l'impossibilité de porter un poids.

Il ne s'agit pas d'une paralysie limitée au grand dentelé seul. On sait que Duchenne (de Boulogne) a montré qu'en pareil cas l'omoplate ne subissait pas de déformation à l'état de repos musculaire; en outre, dans ce cas, les mouvements d'abduction étaient possibles jusqu'à la verticale.

M. Galliard pense que la lésion originelle a dû être la paralysie infantile; mais la malade ne sait rien d'exact sur le début de cette affection. Elle ne paraît pas avoir eu de maladie infectieuse à l'époque où les accidents ont débuté (7 ans).

L'atrophie musculaire de muscles respirateurs a pu être la cause d'une gêne de l'expansion pulmonaire du côté gauche, et favoriser le développement de la tuberculose de ce côté.

M. Rendu. — J'accepte l'hypothèse d'une inflammation de la moelle; il s'agit bien d'une paralysie complexe du grand dentelé: l'aspect spécial doit être dû en partie à la paralysie et à l'atrophie du muscle rhomboïde. J'ai observé chez un enfant de 3 ans, qui est resté couché un jour dans un pré humide et eut à la suite un accès de fièvre intense, une paralysie isolée du muscle grand dentelé; l'omoplate au repos avait sa position normale. Le début a eu lieu il y a sept ans; actuellement, tous les signes persistent.

M. Marie. — Je n'admets pas volontiers le diagnostic de paralysie infantile; en pareil cas, les os subissent toujours une atrophie parallèle à celle des muscles. Je penserais plutôt à une paralysie radiculaire (une arête osseuse peut avoir comprimé les nerfs à leur sortie des trous vertébraux). Je crois, comme M. Galliard, qu'il ne s'agit pas d'une paralysie isolée du grand dentelé. Baümler, Jolly ont eu l'occasion, ainsi que moi, de montrer que, dans la paralysie isolée du grand dentelé, le bras pouvait être élevé jusqu'à la verticale.

Action pyrétogène de quelques liquides injectés sous la peau, spécialement chez les enfants tuberculeux.

M. Hutinel, convaincu de la nécessité de déceler aussi minutieusement que possible la tuberculose chez les enfants qui, envoyés en province, peuvent être la source de contagion pour leur nourrice et leur famille nourricière, et sachant combien la tuberculose latente, impossible à déceler par les moyens cliniques, est fréquente, M. Hutinel a songé, s'inspirant des travaux de M. Nocart chez les bovidés, à appeler à son aide la réaction de la tuberculine de Koch. Il a pu le faire sans qu'il en soit résulté aucun dommage pour la santé des enfants soumis à cette analyse. Il a toujours commencé par des doses très faibles; par une injection d'un vingtième de milligramme de tuberculine. Si aucune réaction ne se produisait, il a élevé les doses à 1, 2, 3 et 4 dixièmes de milligramme. Il a toujours laissé un intervalle de huit à dix jours entre deux injections successives. Quelquefois la première dose trop faible n'était suivie d'aucun effet et, seule, la seconde amenait la réaction caractéristique (il l'a toujours obtenue chez les tuberculeux).

Il a observé une réaction locale légère (fluxion) du côté des manifestations externes de la tuberculose, et en même temps une réaction générale caractérisée par une élévation de température à 39° et suivie ensuite d'une défervescence complète en 48 à 56 heures. Le diagnostic de tuberculose latente a été ainsi fourni d'une façon nette et sans aucun danger pour les enfants. Ces faits sont confirmatifs de ceux déjà publiés par Henoch (*Berl. klin. Wochenschrift*, 1890, p. 1169). Epstein (*Prag. Med. Woch.*, 1891), Schreiber (*Deutsche Med. Woch.*, 1891), Escherich (*Jahrb. Kinderheil.*, 1892, t. 33).

Mais M. Hutinel a vu que des réactions analogues à celles provoquées par la tuberculine pouvaient suivre l'injection sous-cutanée d'autres liquides. Il emploie depuis plusieurs années, avec bénéfice, dans l'athrepsie et dans divers états graves, les injections de sérum artificiel : 7 grammes de sel marin pour 1,000 grammes d'eau stérilisée. Ces injections sont faites sous la peau des lombes à la dose de 10 centimètres cubes, 2 ou 3 fois par jour. Chez beaucoup d'enfants, il n'y a pas de modification de la courbe thermique ou une élévation de 3 à 4 dixièmes seulement; l'effet consiste surtout en une augmentation de la tension vasculaire et des sécrétions, et, comme l'ont montré les recherches faites par MM. Thiercelin et Hulot, augmentation du chiffre des hématoblastes et non des leucocytes, l'urée est augmentée.

Chez d'autres enfants, l'élévation de température a été plus considérable, un à deux degrés. La montée commence vers la sixième heure; le fastigium est atteint au bout de douze heures, et généralement, après 24 heures, la température est retombée à la normale. Si on répète les injections, les effets s'atténuent très vite par

une sorte d'accoutumance de l'organisme. Cette réaction générale, cette poussée fébrile rappellent absolument l'action de la tuberculine; ce n'est pas le seul point commun : on observe aussi chez les tuberculeux, à la suite de ces injections, une réaction locale très analogue à celle de la tuberculine et qui n'est pas sans dangers.

Cette fluxion péri-tuberculeuse a été surtout appréciable dans des tuberculoses externes.

M. Hutinel en cite quelques exemples. Une dame, qui avait un foyer ancien de tuberculose du sommet guéri, reçut sur les conseils d'un chirurgien, des injections de sérum artificiel. Sous cette influence elle eut une poussée congestive du sommet malade antrefois, qui dura 3 à 4 semaines. Chez un enfant de 9 ans, les injections de sérum ont amené en 3 jours la suppuration et l'ouverture d'un ganglion du cou. Chez un enfant de 3 ans qui présenta aussitôt après l'injection de sérum (30 c. cubes) une réaction fébrile très prononcée, on vit ensuite évoluer une tuberculose aiguë qui se termina par une méningite mortelle. Ces faits prouvent les dangers de ces injections en certains cas. M. Hutinel avait pensé que ces injections pouvaient fournir un moyen de diagnostic de la tuberculose latente, analogue à la tuberculine. Ce n'est pas absolument exact, car la réaction, bien que plus forte et se faisant presque uniquement chez les enfants tuberculeux, a pu se présenter chez d'autres enfants (cette réaction a manqué chez une lupique qui réagissait à la tuberculine.) Le tableau suivant en fait foi. M. Hutinel a observé avec M. Hulot :

176 enfants qui ont reçu chacun de 20 à 30 c. cubes de sérum artificiel.

93 fois il n'y a eu aucune réaction. (81 de ces enfants avaient moins d'un an). On n'a trouvé de tubercules chez aucun de ceux qui ont succombé.

47 fois il a été impossible de mesurer exactement la réaction thermique, les enfants ayant déjà de la fièvre auparavant.

36 fois la réaction fébrile a été très nette : sur ces 36 enfants 11 mouraient avec des lésions tuberculeuses constatées à l'autopsie; chez les 19 qui survécurent la tuberculose fut démontrée évidente par la clinique.

6 fois enfin, la réaction eut lieu, bien que les enfants ne fussent pas tuberculeux (ils avaient des lésions graves du poumon ou de l'intestin).

Le petit nombre de cas où la réaction a été observée chez des enfants non tuberculeux permet de dire que l'existence d'une réaction fébrile un peu intense, à la suite des injections de sérum artificiel à la dose indiquée par M. Hutinel, doit faire soupçonner l'existence d'une tuberculose latente.

Albert et Stricker dans leurs recherches sur la fièvre traumatique (*Med. Jahrb.*, 1871) avaient déjà noté l'existence de la fièvre chez des chiens auxquels ils avaient injecté de l'eau salée dans les veines ou sous la peau. Sahli (*Correspondanz bl. für Schweizer Aerzte*, 1890) a observé en plus de la diurèse et de l'augmentation de l'excrétion urinaire.

Toutes les piqûres faites par M. Hutinel ont été pratiquées de la façon la plus aseptique; il n'y a jamais eu d'abcès ni la moindre réaction locale.

Max Matthes (*Deutsche Arch. f. klin. Med*, 1894) a injecté des solutions de deutero-alhumose, d'hétéro-albumose et de peptones chez les animaux et chez l'homme sain, ou atteint de lupus.

L'injection de 0 gr. 01 ou 0 gr. 02 de deutero-albumose ne provoque rien chez l'animal sain — et 2° à 3° chez l'animal tuberculeux. Chez l'homme sain, l'injection de 0 gr. 05 à 0 gr. 07 de deutero-alhumose amenait une élévation faible : 37° 8. Chez les malades elle atteignait 39° et 40°. Chez trois lupiques, on a observé non seulement une élévation de température à 38° et 38° 8, mais une réaction prononcée du lupus. Ces produits d'hydratation des substances albuminoïdes agissent donc à la façon de la tuberculine, et d'autant plus qu'ils se rapprochent des peptones. M. Hutinel pense que l'eau salée agit peut-être en modifiant les substances albuminoïdes du sang, en les peptonisant.

Les sérums agissent également de la même façon; ils sont plus ou moins toxiques.

M. Martin avait déjà observé, comme M. Variot, les mauvais effets des injections de sérum antidiphtérique chez les enfants tuberculeux.

M. Hutinel conclut :

Que si les injections sous-cutanées de sérum, d'albumose ou d'eau salée peuvent occasionner quelquefois de la fièvre chez les sujets sains, elles provoquent à des doses moindres des réactions fébriles autrement intenses chez les individus tuberculeux.

Ces réactions fébriles s'accompagnent parfois de poussées fluxionnaires péri-tuberculeuses, qui ne sont pas sans danger.

L'intensité de ces réactions peut faire soupçonner l'existence de certaines tuberculeuses latentes sans constituer un signe pathognomonique.

Chez les tuberculeux, les injections de sérum ou d'eau salée doivent être faites avec prudence.

M. Le Gendre. — A ce propos, je demanderai s'il y a opportunité à traiter d'une façon spéciale les tuberculeux atteints de diphtérie. J'ai eu à soigner un enfant de 3 ans et demi atteint de coxalgie depuis quinze mois; la coxalgie était en bonne voie au moment où survint de la diphtérie, mais un des sommets était légèrement touché. C'était d'autre part une diphtérie à bacille long, associé. Le médecin de la famille objecta que le sérum anti diphtérique provoquerait une fluxion péri-articulaire, dangereuse pour la guérison de la coxalgie. Je pris l'avis d'un de nos maîtres qui me conseilla d'injecter. Eh bien! c'est justement un des cas où j'ai vu la réaction fébrile la plus faible; l'enfant avait 39° au moment où je l'ai injecté, il n'a pour ainsi dire pas eu d'élévation de température plus considérable à la suite; quant à l'influence sur la lésion de la hanche, il est trop tôt pour pouvoir juger s'il y a eu un effet.

M. Sevestre a vu souvent des diphtériques mourir avec des accidents de tuberculose assez rapide. On avait d'ailleurs accusé la diphtérie elle-même de favoriser l'éclosion de la tuberculose. Il semble cependant que la proportion des décès par tuberculose soit augmentée depuis le sérum. Les injections de sérum antitoxique favorisent donc certainement l'éclosion de la tuberculose (reste à savoir si c'est le sérum ou l'antitoxine). Aussi en ville, devant des enfants, dont les antécédents et l'état habituel nous sont mieux connus, hésitera-t-il à employer le sérum, s'il n'y a pas urgence, devant un enfant tuberculeux ou menacé de tuberculose.

M. Sevestre a eu l'occasion de faire fréquemment des injections de sérum artificiel. Il a observé plusieurs fois des poussées de fièvre intense, 2 à 3°. Il ne se souvient par actuellement s'il s'agissait de tuberculeux avérés.

M. Hutinel fait remarquer qu'il n'est pas nécessaire que ces enfants soient des tuberculeux avancés. Souvent, la réaction est bien plus accusée chez des enfants qui ont peu de chose, un petit ganglion tuberculeux, que chez les phtisiques avérés.

Colique hépatique. — Phénomènes d'obstruction intestinale dus à une paralysie de l'intestin.

M. Siredey. — Une jeune femme de 28 ans, obèse, ayant déjà eu plusieurs accès de colique hépatique, avec ictère, a été prise de nouveau le jeudi 7 mars; les phénomènes douloureux étaient marqués et les vomissements abondants dès le début; ne voyant pas d'amélioration survenir au bout de quatre jours elle se décida à entrer à l'hôpital le 11 mars. Ce jour-là les phénomènes douloureux s'étaient amendés; mais les vomissements persistaient très abondants et porracés; le ventre était dur, très météorisé; la malade n'a pas eu de selles depuis six jours et ne rend pas de gaz par l'anus; il n'y a pas d'ictère; le facies est grippé; les urines sont rares. La température est de 38°4; le pouls est régulier à 124. On pouvait songer à une péritonite ou à une occlusion intestinale. La

fièvre peu élevée et surtout l'absence de douleurs abdominales nous firent pencher en faveur de cette dernière. Je prescrivis une potion de Rivière, un lavement purgatif, puis un lavement huileux, le tout sans résultat. Le soir, l'état s'était aggravé, les vomissements étaient devenus fécaloïdes; la température était de 38°6, le pouls était à 130. On donna deux lavements électriques sans résultat, et la laparotomie décidée fut pratiquée à onze heures du soir. On ne trouva absolument rien ni péritonite, ni obstacle quelconque sur le trajet de l'intestin. Les vomissements qui avaient cessé pendant la période chloroformique reprirent ensuite, et la malade mourut à trois heures du matin.

L'autopsie faite le 13 mars montra l'absence de toute péritonite.

Il y avait à peine un peu de congestion sur deux anses intestinales voisines de la plaie chirurgicale; dans toute la longueur de l'intestin il n'existe aucun obstacle; dans le gros intestin les matières fécales, solides, circulent librement sous la pression du doigt.

Du côté du foie on trouve un gros calcul cubique oblitérant le cholédoque; en arrière, un autre calcul d'un tiers plus petit; puis de nombreux petits calculs. Pas d'autre altération.

On a signalé des phénomènes de pseudo-étranglement par paralysie de l'intestin dans les lésions diverses du péritoine, aigues ou chroniques (thèse d'Henrot); à la suite même d'inflammations d'organes voisins (orchites aiguës intenses) et dans ces cas il s'agissait peut-être de péritonites infectieuses très frustes. Ici, il s'agit nettement d'une paralysie de l'intestin d'origine réflexe, réflexe parti du cholédoque irrité. Je ne connais pas d'exemple analogue.

M. Mathieu. — Je rappellerai qu'on a signalé des cas de pneumatose intestinale avec météorisme considérable survenue à la suite de coliques néphrétiques. Je crois les lavements électriques très indiqués dans ces cas.

M. Hutinel les a vu réussir dans un cas où on s'apprêtait à faire la laparotomie. M. Hanot rappelle que pour expliquer des faits analogues on a invoqué tantôt la paralysie, tantôt le spasme. Ici la paralysie est plus probable.

M. Ferrand aurait volontiers employé la glycérine, sinon par la voie stomacale que les vomissements incessants rendaient impraticable, mais en lavement. Il est opposé en pareil cas à l'emploi de l'opium qui tarit les sécrétions intestinales; il préfère la belladone ou le chloroforme qui les exagèrent.

M. Marie et **M. Mathieu** sont au contraire partisans de l'emploi de l'opium à haute dose. M. Mathien rappelle que chez une malade du service, de M. Thibierge, présentant des phénomènes d'étranglement il conseilla, avant de faire la laparotomie, d'employer la morphine en piqûre. L'opération fut ainsi évitée. M. Marie a vu également avec M. Thibierge une malade atteinte de hernie ombilicale étranglée, chez laquelle l'emploi de l'opium à haute dose permit de réduire ensuite facilement la hernie. Il cite aussi son exemple personnel; il était sujet à des poussées de typhlite, exigeant 7 à 8 jours de repos au lit; maintenant, à la moindre alerte, il prend une ou deux pilules d'opium de 0. gr 02; et depuis sept ans il n'a pas eu de typhlite.

L'opium permet de maintenir l'intestin en repos, et en outre, comme le fait remarquer M. Hanot, il a l'avantage de supprimer la douleur, point de départ du réflexe.

M. Du Castel fait remarquer qu'on aurait pu peut-être, au moment de l'opération, tenter quelque chose du côté du canal cholédoque.

M. Siredey répond que ce qui l'a empêché d'employer l'opium, c'est la disparition presque complète de la douleur, au moment où il a vu la malade pour la première fois.

H. Méry.

THÉRAPEUTIQUE

FORMULAIRE DES SPÉCIALITÉS

A propos des recherches modernes sur le chimisme stomacal.

On a publié dans ces dernières années une quantité considérable de travaux sur la digestion stomacale et ses troubles. De notables progrès ont été réalisés dans la connaissance de la digestion normale; une science nouvelle a pour ainsi dire pris naissance, celle du chimisme stomacal, et tout le monde s'accorde à reconnaître que, dans la plupart des cas, les dyspepsies sont des opérations chimiques défectueuses, selon une formule célèbre du professeur G. Sée.

Dans ces travaux, on a accordé une valeur prépondérante à l'acide chlorhydrique stomacal. On savait bien que la pepsine joue le rôle principal dans la digestion, mais on a vu, d'un autre côté, que cette pepsine reste à peu près inerte lorsque l'acide chlorhydrique stomacal fait défaut. On a été même plus loin et l'on a été jusqu'à dire que la pepsine est inutile si l'acide chlorhydrique existe et que ce dernier suffit seul à la digestion. C'est évidemment là une exagération fâcheuse. Il n'est pas besoin d'être grand physiologiste pour soutenir que tous les éléments du suc gastrique sont nécessaires à la digestion. Aussi depuis longtemps a-t-on cherché à introduire artificiellement la pepsine dans les cas où les symptômes pouvaient faire supposer son absence dans le suc gastrique.

Sans contester la valeur de l'acide chlorhydrique dans les phénomènes de la digestion, on commence à revenir sur la nécessité de l'intervention des ferments, et l'on peut dire que nombre de praticiens n'ont jamais cessé d'avoir recours, le cas échéant, à la pepsine. Cependant il suffit d'en avoir prescrit quelquefois pour recevoir les doléances des malades qui souvent se refusent à accepter un médicament dont l'odeur est loin d'être agréable et l'action si peu régulière. Pour nous, nous avons renoncé à son usage pour employer à peu près exclusivement la pepsine végétale, c'est-à-dire la papaïne, dont les avantages ne sont pas assez connus.

On sait que le papayer (*Carica papaya*), de la famille des cucurbitacées, fournit un suc laiteux chargé d'une grande quantité d'albumine et de fibrine. Wurtz obtint la papaïne soluble dans l'eau et reconnut en elle un ferment dont l'action était identique à celle de la pepsine animale.

Wurtz fit de nombreuses expériences pour déterminer l'énergie du pouvoir digestif de la papaïne et fixer son mode d'action. A la température du corps la papaïne digère l'albumine; soumise pendant cinq minutes à son action, la viande prend un aspect gélatineux dû à un commencement de digestion; si on laisse l'action se prolonger la digestion continue et devient parfaite en moins de deux heures. L'albumine de l'œuf, le gluten, les graines des légumineuses, après macération dans l'eau, sont digérés rapidement en quelques heures. Le lait est rapidement coagulé, puis la caséine précipitée se redissout de nouveau, tout comme dans la digestion ordinaire sous l'influence de la pepsine.

La papaïne a même sur la pepsine animale l'avantage d'agir en solution neutre et faiblement alcaline et d'être difficilement corruptible. Or, on sait que la pepsine exige, pour exercer son action dissolvante sur les albuminoïdes, l'intervention de l'acide chlorhydrique.

D'après Wurtz, la papaïne peut dissoudre jusqu'à mille fois son poids de fibrine. C'est, en effet, sur celle-ci que ce ferment commence par se fixer, en même temps qu'interviennent des phénomènes d'hydratation. La fibrine est transformée en peptone non précipitable par l'acide nitrique, comme cela a lieu dans les bonnes digestions gastriques : donc, la digestion est parfaite.

Les applications thérapeutiques ont suivi ces expériences physiologiques. Les premiers essais cliniques ont confirmé en tout

point ce que la physiologie laissait entrevoir. Il y a longtemps déjà que les médecins ont été à même de contrôler l'action catalytique de la papaïne sur les matières albuminoïdes et son emploi s'est bien vite généralisé. Elle réveille l'appétit défaillant, supprime toute répulsion pour les aliments, qui se trouvent digérés, quelle que soit la nature chimique du milieu. Dès lors, il devient inutile de prescrire cet acide chlorhydrique dont on a quelque peu abusé ces derniers temps. La pepsine, en effet, n'agit qu'à hautes doses et avec la participation de l'acide chlorhydrique. la papaïne au contraire réussit à faibles doses et son action est plus constante que celle de la pepsine dont la composition varie selon le mode de préparation employé et les substances qu'on lui associe.

En outre, comme l'ont fait remarquer divers auteurs, l'organisme n'a pas pour la papaïne cette assuétude qui rompt tout pouvoir médicamenteux; la digestion n'en est que plus parfaite et ne fait que se rapprocher davantage de l'eupepsie physiologique. Rien d'étonnant, après cela, que l'usage de la papaïne supprime les vomissements et les vertiges gastralgiques, guérisse l'atonie intestinale, supprime les flatulences. Son action s'étend en effet sur toutes les dyspepsies gastro-entériques. On retire aussi les meilleurs avantages de l'emploi de la papaïne dans les troubles gastro-entériques chez les enfants. D'autres l'emploient dans les troubles dyspeptiques et dans les affections gastro-intestinales des enfants, dans l'athrepsie, la lientérie, ainsi que dans le choléra infantile. Dans la dyspepsie simple chez les enfants, les vomissements s'arrêtent très rapidement.

Chez l'adulte, la papaïne se trouve indiquée dans tous les états dyspeptiques primitifs ou secondaires dans lesquels les éléments essentiels du suc gastrique font défaut ou bien se trouvent en quantité insuffisante, notamment dans les gastrites, gastralgies, digestions lourdes et difficiles, dyspepsies, entérites, etc., etc.

Ajoutons que la papaïne bien préparée est admirablement supportée et fait sentir son action bienfaisante sur la digestion par la disparition des troubles pénibles qui accompagnent la dyspepsie.

C'est pour cela qu'un grand nombre de médecins préfèrent la papaïne, comme le *meilleur ferment* digestif, le peptogène selon Corvisart. Sa puissance digestive fait, en outre, de la papaïne un véritable élément de force, très utile contre les maladies débilitantes, les convalescences, la phtisie, le rachitisme, etc.

Pour terminer cette rapide esquisse, je crois devoir rappeler à nos lecteurs que les préparations de papaïne ont été plus que spécialisées, mais véritablement *monopolisées* par M. Trouette-Perret, pharmacien. Le *sirop* de papaïne Trouette-Perret, destiné de préférence aux enfants, à la dose d'une cuillerée à café après chaque repas, est très agréable et ne possède aucune action offensive ni irritante sur les estomacs les plus délicats. L'*élixir* de papaïne Trouette-Perret, destiné aux adultes, à la dose d'un verre à liqueur après chaque repas, est à base de liqueur anisée, très agréable et possède une puissante action curative dans la plupart des formes de dyspepsies. Le vin ou les cachets conviennent à ceux qui ne peuvent prendre ni le sirop, ni l'élixir ci-dessus. Ces préparations, que nous signalons à l'attention de tous les praticiens, sont toujours exactement dosées. En recommandant ces produits, je n'entends point déprécier les produits de l'officine; mais (ainsi que l'a très bien dit l'un de nos distingués confrères): « la spécialisation pharmaceutique s'impose absolument pour tout produit qui nécessite un outillage industriel spécial », et la papaïne est dans ce cas.

Dr E. Lasniée.

LES LIVRES

Traité d'hygiène publique et privée.

Par M. Jules Rochard.

L'hygiène qui, il y a vingt ans à peine, était considérée comme une branche secondaire des sciences médicales, en est devenue la branche la plus importante. Etendant chaque jour son domaine, elle a franchi l'enceinte de l'Ecole, dépassé la pratique journalière des hommes de l'art, réclamé et obtenu le concours des pouvoirs publics, provoqué, pour assurer ses applications. les délibérations des assemblées parlementaires, et préside, dans une certaine mesure, aux relations internationales. Un essor aussi grand et aussi rapide suppose nécessairement, dans les divers éléments qui la constituent, des transformations considérables et l'on comprend ainsi que les traités d'hygiène vieillissent promptement, que de nouveaux matériaux surgissent, s'accumulent, et qu'il importe de mettre la littérature médicale au courant des progrès accomplis. C'est le travail que M. Jules Rochard a entrepris, et nul mieux que lui ne pouvait le mener à bonne fin.

Mais notre confrère n'a pas eu seulement pour but, en écrivant son livre, de marquer une étape dans l'évolution progressive de l'hygiène; il a voulu encore et surtout offrir aux étudiants et aux médecins un traité didactique dans lequel les premiers apprendraient et les seconds trouveraient à se rappeler les notions dont les uns et les autres doivent être pénétrés. A ce point de vue, l'ouvrage devait présenter certaines conditions de précision et de clarté que l'auteur a parfaitement comprises et qu'il résume ainsi: « Il (l'ouvrage) doit renfermer tout ce qu'il importe de savoir, mais rien que cela; il doit être extrêmement méthodique, parceque c'est la première condition pour que les faits qu'il exprime puissent se graver dans la mémoire. Pour cette même raison, le plan doit être simple, les divisions naturelles et peu nombreuses; enfin, il ne faut pas qu'il ait des dimensions exagérées. »

Partant de ces principes, l'auteur, pour éviter de nombreuses répétitions, n'a pas séparé l'hygiène privée de l'hygiène publique. Et, de fait, les moyens propres à préserver la santé de l'individu se confondent avec ceux qui sont destinés à sauvegarder la santé publique.

L'ouvrage est divisé en huit chapitres. Le premier est consacré à l'homme, but et objet de l'hygiène, et contient les notions d'anthropologie et de démographie indispensables à l'hygiéniste. Dans le second, l'auteur étudie les milieux, ce qu'on désignait autrefois sous le nom de *circumfusa*, c'est-à-dire la terre et le sol, les eaux, l'air. Ces deux chapitres remplissent le fascicule qui, seul, a encore paru. Puis viendront, dans autant de chapitres, les grands facteurs de l'hygiène: l'habitation; l'alimentation; les vêtements et les soins de propreté; l'éducation, comprenant l'hygiène de l'enfance; le travail et les professions; la prophylaxie des maladies évitables et la police sanitaire.

Ce cadre est, somme toute, à peu près le même que celui des traités qui ont précédé le livre de M. Rochard. C'est moins par le plan lui-même que par la manière de l'exécuter que le nouveau traité d'hygiène se distingue de ses devanciers. Un semblable travail prête peu à l'originalité; ce qui fait avant tout son intérêt et son mérite, c'est la clarté de l'exposition; c'est le soin avec lequel tous les documents sont méthodiquement recueillis et présentés; c'est, comme nous le disions plus haut, la mise à jour des faits récemment acquis.

Nous donnerions toutefois une idée incomplète de l'ouvrage si nous ne disions un mot des principes dont M. Rochard s'inspire dans les applications de l'hygiène. « L'équilibre fonctionnel qui constitue la santé, dit-il, peut se maintenir par deux méthodes opposées: l'une consiste à éviter tout ce qui peut y apporter des troubles, l'autre à s'accoutumer graduellement aux impressions nuisibles pour arriver à ne plus les sentir. La première est la doctrine des *précautions*, la seconde est celle de l'*endurcissement*. »

M. Rochard dit sagement qu'il faut se garder des exagérations des deux méthodes « et, pour cela, savoir d'abord quelles sont les influences nuisibles qu'une constitution saine peut affronter sans péril; quelles sont celles qui ne comportent pas cette assuétude. L'hygiène est en mesure aujourd'hui d'établir cette distinction. Sans entrer dans les discussions des faits particuliers, on peut établir comme une loi générale qu'on s'habitue aux intempéries, mais qu'on ne s'accoutume pas aux intoxications. L'homme bien

portant peut supporter la chaleur et le froid, affronter le vent et la pluie, l'humidité et les variations de température; mais il n'arrivera jamais à respirer impunément un air impur, à boire des eaux contaminées, ni à se repaître d'aliments altérés. Une mère peut accoutumer ses enfants à sortir par tous les temps sans les couvrir outre mesure, à vivre dans un appartement peu chauffé et dont les fenêtres sont ouvertes; elle ne les conduira pas impunément dans une famille où règne la diphtérie ou la variole. »

L'éclectisme conseillé par M. Rochard ne saurait être mieux justifié. Ainsi qu'il le dit, la prophylaxie a pour condition première la connaissance des causes, et la pathogénie est la base essentielle de l'hygiène.

Dr F. de Ranse.

BIBLIOGRAPHIE

La mort et la mort subite.

Par M. le professeur P. Brouardel.

Ce gros volume est le résumé des leçons que le savant doyen de la Faculté a faites pendant l'été de l'année 1893. L'auteur indique lui-même dans sa préface l'idée qui a présidé au choix du sujet, savoir : le désir de répondre aux préoccupations habituelles de l'opinion publique en ce qui concerne le danger des inhumations prématurées et l'imprévu de la mort subite. Préoccupation légitime, en effet, et qui mérite toute l'attention des médecins et des hommes de science, ceux-ci ayant pour mission d'éclairer le problème et d'écarter des appréhensions que l'histoire faussée et la légende ne tendent que trop à perpétuer. M. Brouardel a envisagé la question principalement au point de vue médico-légal, conformément aux fins de l'enseignement dont il est chargé. Pour cela il a dû faire de larges emprunts au domaine de la pathologie, qui est seule en mesure de fournir les documents nécessaires pour résoudre certaines difficultés avec lesquelles le médecin légiste se trouve si souvent aux prises devant l'opinion et devant les tribunaux : par exemple, le cas de la mort subite, parfois si entouré de mystère et par là-même si désigné à l'intervention de la justice. On ne sera pas étonné que l'auteur ait consacré à l'étude de celle-ci un des plus gros chapitres de son livre, un chapitre de 60 pages, qui, d'ailleurs, est un exposé complet de la question, et qui ne laisse rien ignorer au lecteur de ce qu'il faut savoir quant aux causes et à la fréquence de ce mode de terminaison des maladies, quant à ses conséquences dans l'ordre judiciaire. C'est, nous pouvons le dire, une des parties les plus intéressantes de l'ouvrage, et en même temps une des plus instructives.

Une énumération, même sommaire, ne peut donner ici qu'une idée très approximative de l'importance du sujet. Voici les morts subites par le cœur, une catégorie particulièrement nombreuse et intéressante: par exemple, celles qui surviennent à la suite de la dégénérescence graisseuse, de la symphyse cardiaque, de l'insuffisance aortique, toutes lésions susceptibles à des degrés divers d'amener une terminaison brusque. Puis celles qui succèdent à certaines lésions du système circulatoire, artério-sclérose, anévrysme, avec leurs conséquences, hémorrhagies viscérales, embolies, et qui présentent une parenté évidente avec les morts par le cœur. Voici encore les morts subites dans les affections de l'appareil respiratoire, spécialement dans la pleurésie, au sujet de laquelle on a tant discuté, et celles qui s'observent dans les maladies de l'appareil digestif, un chapitre où l'on rencontre des faits historiques qui donnent à la question un intérêt rétrospectif de premier ordre. La mort subite dans les maladies générales, et spécialement dans le diabète, fournit aussi un gros contingent à l'étude du sujet : car il n'y a pas de maladie plus facilement méconnue, et où les terminaisons brusques soient aussi fréquentes, à telle enseigne que le fait seul d'en prononcer le nom implique, dans l'esprit de beaucoup de médecins, l'idée d'un pronostic immédiat toujours incertain. M. Brouardel n'a pas oublié la mort subite dans les maladies des reins, un chapitre encore peu connu, malgré de nombreuses recherches, et qui pourtant acquiert en pathologie une importance d'ailleurs justifiée par celle de l'organe qui occupe à bon droit un des premiers rangs dans la hiérarchie viscérale. Il y a enfin la série des cas particuliers, la mort subite dans les affections utérines, dans l'alcoolisme, qui représentent autant de circonstances où l'intervention du médecin légiste peut être sollicitée et mise à profit devant les tribunaux compétents. Celle-ci elôt un chapitre dont la lecture, extrêmement attachante, s'impose à tous ceux qui n'ont pas une idée bien nette des applications de la pathologie à la médecine judiciaire. On pourra s'y convaincre ainsi des difficultés qui se rencontrent dans la pratique de celle-ci. L'obscurité de certaines causes se double de l'incertitude qui pèse sur le mécanisme de la mort et de l'immense responsabilité qui incombe à l'expert chargé en dernier lieu de résoudre la question. Il y a, dans cet ordre d'idées, des faits mémorables qui montrent bien la grandeur et la gravité du rôle que le médecin est appelé à jouer devant la justice. Le livre de M. Brouardel en cite un grand nombre, qui forment autant de documents à l'appui des conclusions que l'auteur a cru pouvoir formuler.

Cette étude médico-légale de la mort subite est précédée d'un chapitre sur la mort elle-même, sur les phénomènes qui l'accompagnent, sur les signes par lesquels elle se révèle et qui permettent de l'affirmer avec certitude. Vient ensuite l'étude de la mort apparente, laquelle soulève une des plus grosses questions de la déontologie médicale, question très accrue et amplifiée dans ces derniers temps par les recherches des physiologistes. M. Brouardel lui a donné tous les développements nécessaires, aussi bien qu'à la question des inhumations prématurées, à laquelle elle se rattache si étroitement. La lecture de cette première partie de son livre n'inspirera pas moins d'intérêt que la seconde, en dépit des descriptions quelque peu macabres et répugnantes qu'elle renferme et des réflexions tristes que cette lecture pourra faire naître dans l'esprit des gens du monde, s'il s'en rencontre qui aient le courage de parcourir ces pages jusqu'au bout. P. M.

ACTES DE LA FACULTÉ

DU 27 AU 30 MARS 1895

EXAMENS

Lundi 25 mars, à 1 heure. — *Dissection, épreuve pratique* : MM. Farabeuf, Marchand, Poirier. — 2e (2e partie) : MM. Gley, Retterer, Sebileau. — 3e Oral (1re partie) : MM. Kirmisson, Ricard, Varnier.

Mardi 26 mars, à 1 heure. — *Dissection, épreuve pratique* : MM. Mathias-Duval, Rémy, Poirier. — 3e Oral (1re partie) : MM. Le Dentu, Budin, Schwartz. — 3e (2e partie) : MM. Hallopeau, Chantemesse, Marie. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité : MM. Guyon, Campenon, Brun. — 5e (2e partie), Charité : MM. Dieulafoy, Roger, Ménétrier.

Mercredi 27 mars, à 1 heure. — *Dissection, épreuve pratique* : MM. Farabeuf, Poirier, Sebileau. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu : MM. Segond, Tuffier, Lejars.

Jeudi 28 mars, à 1 heure. — *Médecine opératoire, épreuve pratique* : MM. Pozzi, Poirier, Albarran. — 2e (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Richelot, Rémy. — 3e Oral (1re partie) : MM. Panas, Bar, Lejars. — 3e (2e partie) : MM. Raymond, Troisier, Letulle.

Vendredi 29 mars, à 1 heure. — *Dissection, épreuve pratique* :

66e Année. 9e Série. Tome II — No 13 — 30 Mars 1895

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : **Dr F. de RANSE** — *Rédacteur en chef :* **Dr Pierre SEBILEAU**

Secrétaire de la Rédaction : **M. Em. EMERY**

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 28, rue Vignon

TRAVAUX ORIGINAUX

Quelques considérations sur la grippe post-opératoire

Par A. Follet, interne à l'hôpital Cochin.

Au cours d'une petite épidémie de grippe qui règne au pavillon Pasteur depuis 3 mois (décembre 1894, janvier et février 1895), M. le Dr Quénu a relevé chez ses malades les 2 particularités suivantes :

1° Les opérations, notamment les laparotomies et toutes celles qui commandent le chloroforme, sont susceptibles de provoquer : d'une part, l'éclosion de la grippe chez des femmes jusque-là indemnes; d'autre part, une poussée aiguë chez celles qui en étaient atteintes. Ces faits sont plus que des coïncidences.

2° La grippe, aussi bien cette année que l'année dernière à pareille époque, a sévi plus fortement dans la salle des suppurantes.

Un aperçu statistique, les 10 observations sur lesquelles nous nous appuyons, et quelques considérations pathogéniques sont l'objet de cette note.

Le pavillon Pasteur (femmes), complètement isolé dans l'hôpital Cochin, est desservi par 16 personnes; en ce dernier trimestre, 115 malades sont entrées dans les salles pour être traitées ou opérées. La grippe s'est déclarée très nettement, affectant les formes les plus diverses, chez 40 personnes (9 cas pour le personnel; 31 cas pour les malades).

Ces 31 cas peuvent se répartir en :

17 cas (non opérées);

14 cas (opérées); et ces dernières en :

10 observations (grippe apparue aussitôt après l'intervention, ou subissant de ce fait une notable recrudescence);

4 observations (grippe apparue longtemps après, sans qu'il soit possible d'établir une relation quelconque entre elle et l'acte opératoire).

Quelques opérées n'ont pas eu de grippe; mais ces faits négatifs ne détruisent en rien l'intérêt des 10 observations suivantes :

Observation I. — B... Georgette, 26 ans, sans profession.

Entre au pavillon Pasteur le 1er octobre 1894 pour pyonéphrose remontant à plusieurs années. Incision sous le $CHCl^3$ le 4 octobre, de la collection purulente par la voie lombaire ; suites très simples ; le 10 janvier 95, néphrectomie ; chloroforme dura une heure et demie ; la malade n'a jamais toussé ; n'a pas d'antécédents thoraciques morbides.

Le lendemain, commence à tousser, une bronchite avec un peu de congestion très légère à la base gauche évolue sous nos yeux. Pas de fièvre. Etat général satisfaisant. Expectoration muqueuse. Râles ronflants et sibilants des deux côtés. Toux quinteuse pendant quelques jours. Cet état dure environ deux semaines et disparaît sans laisser de traces.

Le diagnostic grippe est porté, en se basant surtout sur la notion de l'épidémie régnante.

Le traitement fut des plus simples, la malade étant condamnée au repos au lit de par son opération ; quelques potions calmantes furent données le soir.

Cette femme est aujourd'hui guérie et a quitté l'hôpital.

Observation II. — F... Aimée, 25 ans, domestique ; n° 1, salle Bichat.

Entre le 26 janvier 1895 pour salpingite double, très douloureuse. Pas d'antécédents pathologiques; n'a jamais eu de bronchites; rien au cœur ; santé parfaite, hors ses lésions pelviennes.

Opérée le 14 février 1895 ; laparotomie ; chloroformisation d'une heure (60 grammes absorbés). Lésions ovariques, scléro-kystiques, très adhérentes, peu volumineuses.

Toussote jusqu'à la fin du 4e jour, et accuse alors les phénomènes suivants : céphalgie frontale et douleurs dans les membres, surtout musculaires; toux fréquente, quinteuse, nuit et jour, accompagnée d'une expectoration qui de muqueuse devient bientôt mucopurulente ; on y trouve des streptocoques. L'auscultation donne tous les signes de la bronchite catharrale. La langue est

humide, sale; le 24 février, il y a un vomissement et des épistaxis, qui se renouvellent le 25 février. Etat qui s'accompagne de fièvre; la température normale (37 — 36°5) du 14 au 19 février atteint 38°, 39° et 39°5 le soir. L'insomnie est absolue : pas de délire. Selles régulières. Amaigrissement notable. La malade, actuellement en convalescence, a recouvré son appétit et son sommeil; elle n'a qu'une quinte de toux toutes les trois ou quatre heures.

Le benzonaphtol (2 gr. à l'intérieur), le sulfate de quinine (0 gr.50 par jour), les ventouses, les potions calmantes, l'alcool, ont formé la base du traitement.

Sous l'influence des quintes de toux, deux fils de la suture n'ont pas tenu.

Observation III. — Veuve B..., 50 ans; n° 2, salle Bichat.

Entre le 18 décembre 1894, pour fibrôme volumineux. Rhumatisme articulaire aigu il y a sept ans; rien au cœur, ni aux poumons, sauf un commencement d'emphysème.

Opérée le 7 février (chloroforme 70 grammes, 1 h. 1/4), laparotomie, castration; destruction d'adhérences.

Le soir, la température est à 37°5; un peu d'agitation; toux grasse, quelques râles dans la poitrine, surtout en arrière. Le lendemain, râles abondants de catarrhe bronchique, et à la base gauche, respiration rude et râles plus fins. Oppression continue, insomnie, expectoration mucopurulente (streptocoques nombreux); inappétence absolue. Tout cet ensemble de symptômes ne s'amende que très lentement; le 21 février au soir, la température, qui oscilait autour de 37°, monte à 38°9, et la malade a une crise d'oppression qui dure 4 heures. Les choses rentrent dans l'ordre le lendemain, mais le sommeil ne revient pas, la toux et les crachats de plus en plus rares ne disparaissent pas; l'appétit est nul, une alimentation liquide est seule possible. Un peu d'amaigrissement; pas de tuberculose. Notons que des hémorrhagies antérieures avaient affaibli la malade. Sous l'influence de la toux quatre fils de la paroi ne tiennent pas.

Le traitement a été: Ventouses nombreuses et répétées; toniques. Quinine.

En plusieurs points les liures de la suture sont écartées.

Observation IV. — L... Paule, 27 ans; n° 5, salle Bichat.

Entre à l'hôpital le 11 février 1895 pour lésions des annexes. (Salpingite double, très douloureuse.)

Pas d'antécédents morbides, sauf une pelvi-péritonite il y a 6 ans, tous les organes sont sains.

Opérée le 25 février, sous le chloroforme (80 grammes sont administrés); durée de l'opération : 1 heure 1/2; extirpation laborieuse de poches purulentes très adhérentes par laparotomie.

Dès le soir, la malade tousse un peu. Le lendemain, elle est abattue et présente tous les signes d'une bronchite : toux fréquente, quinteuse; oppression, expectoration muqueuse, qui devient rapidement mucopurulente, riche en streptocoques. L'inappétence est absolue, les selles normales; vomissements toutes les 4 ou 5 heures; insomnie complète.

Teinte subictérique des conjonctives; le pouls est normal et la température, qui est restée au-dessous de 37° les 4 premiers jours consécutifs à l'opération, oscille ensuite entre 37°2 et 37°5.

Des injections de bromhydrate de quinine (0 gr. 50) sont pratiquées quotidiennement; chaque soir 40 ventouses.

Aujourd'hui, onzième jour après l'opération, l'appétit revient lentement; la malade dort; la toux et l'expectoration ont presque disparu; à l'auscultation, on n'entend plus que quelques râles sibilants, tandis que les premiers jours, on percevait des deux côtés, en avant et en arrière du thorax, des râles ronflants, sibilants et muqueux.

Observation V. — Bernardine L..., 26 ans; n° 3, salle Bichat; ménagère.

Entre le 18 janvier 1895, pour affection douloureuse des annexes (double hydrosalpinx très volumineux).

Pas d'autres antécédents morbides que de violentes douleurs au moment des règles, depuis l'âge de 16 ans; n'a jamais toussé.

Opérée le 18 février. Laparotomie, chloroforme (70 grammes) une heure et demie. Le soir, un peu de dyspnée qui, le lendemain, est très accentuée; la malade tousse assez fréquemment, mais n'a qu'une expectoration insignifiante; l'auscultation révèle de nombreux râles sibilants et quelques râles ronflants.

Cet état s'accompagne de sécheresse de la langue, qui est amère; l'haleine est fétide. La malade, nerveuse, s'agite, ne peut dormir, accusant surtout une oppression pénible.

Six jours après, les symptômes thoraciques sont très atténués, mais l'état des voies digestives reste anormal : l'inappétence persiste, l'alimentation n'est acceptée que par le lait et les potages, la constipation est opiniâtre; une fois même, la malade vomit. La température, qui oscillait entre 37° et 37° 5, retombe à 37° (matin et soir) à partir du sixième jour. Le neuvième jour, les fils sont enlevés; cicatrice parfaite.

Dix-sept jours après l'opération, il y a encore dans la poitrine quelques râles ronflants et sibilants.

Le traitement par le sulfate de quinine (0 gr. 50), les ventouses, les purgatifs et laxatifs, a été maintenu pendant toute l'évolution de cette grippe.

Observation VI. — Femme D... Marie, 67 ans; journalière.

Entre au pavillon Pasteur le samedi 23 février, pour fracture du fémur, du côté droit. Elle raconte qu'elle ne tousse pas habituellement; sa température est normale; on a soin, dès son arrivée, de l'asseoir, de la soutenir avec des oreillers pour éviter le décubitus dorsal.

Le 25 février, M. Hennequin vient appliquer son appareil, et les manipulations que nécessite cette application ne sont pas, malgré l'extrême habileté de l'opérateur, sans agiter péniblement la blessée. Le 26, sa température est de 38°; le 27 au soir, elle monte à 40°, puis oscille autour de 39° jusqu'au 3 mars, jour de la mort de la malade. Une congestion pulmonaire, avec bronchite généralisée (râles abondants et variés), expectoration mucopurulente, langue fuligineuse, vive oppression, s'est déclarée, offrant les allures d'une griffe infectieuse à marche rapide. Il y en avait dans le service.

Le traitement a consisté en injections d'éther et de caféine. Ventouses et potion de Todd.

Observation VII. — N° 1. Salle Richet.

Louise O..., 32 ans; concierge. Entrée le 15 février, pour kyste du vagin. Opérée le 27. Pas d'antécédents morbides; rien au cœur ni aux poumons. Toussait et crachait un peu à son entrée. Dès le jour de son opération, ces phénomènes s'accentuent : une bronchite catharrale évolue, avec expectoration abondante; elle s'en ressent encore le 8 mars. Pas de tuberculose.

Observation VIII. — Terr... Louise, 65 ans, blanchisseuse, est atteinte depuis plusieurs mois d'une occlusion intestinale chronique, qui donne lieu à de l'occlusion aiguë le 1er mars 1895; elle entre, pour cette affection, au pavillon Pasteur, et, le 2 mars, le Dr Quénu lui pratique un anus artificiel iliaque.

Cette femme, qui n'avait jamais toussé avant le 1er janvier 1895, a eu la grippe à cette époque, et depuis n'a cessé de cracher de temps en temps. Le soir même de l'opération sa température monte à 38°; le lendemain, elle descend à 37°, puis au-dessous pour ne plus se relever. La malade est prise de toux fréquente, avec expectoration très abondante, véritable purée dans laquelle le microscope ne décèle pas d'agents infectieux caractéristiques. Une congestion (œdème, râles fins) des bases se produit; la langue est rôtie; un peu de délire survient et la mort termine la scène quatre jours après l'intervention. Traitement tonique et stimulant. Il s'agissait ici d'une poussée aiguë de bronchite grippale provoquée par l'intervention.

Observations IX et X. — Ces deux observations ressemblent trop aux précédentes pour être rapportées tout au long.

Dans la première, il s'agit d'une femme, actuellement encore dans nos salles, amputée de cuisse pour une tumeur blanche du genou (3/4 d'heure de chloroforme), qui eut une grippe (toux quin-

teuse et légère bronchite) pendant les quinze jours qui suivirent son opération (Salle Richet, n° 6).

Dans la dixième, c'est une femme âgée, dont le rocher carié fut évidé ; elle avait eu un peu de grippe les jours précédents, et se remit à tousser après l'opération (Salle Richet, n° 4).

Nous nous sommes demandé pourquoi ces femmes, dont nous rapportons l'histoire, ont si brusquement contracté la grippe, à l'occasion de l'acte chirurgical et dans quelle mesure celui-ci pouvait en favoriser l'apparition.

Nos dix malades ont eu d'abord des signes de bronchite et de congestion pulmonaire d'intensité variable; toutes ont commencé par tousser et cracher; toutes avaient de l'infection bronchique.

Quel que soit l'agent infectieux de l'influenza, qu'il vienne du dehors ou qu'il habite les cavités naturelles, il ne pénètre dans l'économie ou n'agit sur elle par ses toxines qu'à la faveur d'une lésion tégumentaire. Survienne dans un milieu épidémique une altération de l'arbre bronchique, sans cesse exposé à l'infection microbienne, la grippe est constituée, les manifestations thoraciques ouvrent la scène, la maladie suit son cours. Claisse (th. Paris, 1893) nous a montré comment les altérations épithéliales et vasculaires déterminées dans les voies aériennes par les causes les plus diverses provoquent « la déchéance du terrain bronchique et rendent possible le développement des microbes pathogènes ». Ne pourrait-on, pour nos opérées grippées, invoquer cette pathogénie si l'on établissait que chez elles la déchéance bronchique est résultée :

1° De l'action du chloroforme;

2° De l'action de l'opération elle-même.

Actions combinées, uniquement nocives dans un milieu grippal, ne manifestant leurs effets que sur un certain nombre d'opérées, secondées peut-être par un état diathésique ou une altération antérieure des voies aériennes (emphysème, etc.)

Le refroidissement n'a pas été la cause occasionnelle de nos grippes ; toutes les précautions sont prises au pavillon Pasteur pour que les opérées vivent et respirent, avant, pendant et après l'opération, dans une atmosphère à température constante (18°-20°).

Le problème nous paraît complexe :

1° Les vapeurs chloroformiques, avant d'arriver aux dernières ramifications bronchiques où la nappe sanguine les absorbe, ne traversent pas le nez, la bouche, les grosses et les petites bronches, sans provoquer au début une vive irritation que traduisent de la toux et une abondante sécrétion salivaire. Ces vapeurs déterminent-elles alors une altération épithéliale des voies aériennes ?

2° Cette hypersécrétion, qui remplit l'arrière-gorge, n'est-elle pas formée de liquides septiques ? Ces liquides ne descendent-ils pas dans la trachée et ses divisions ? N'y stagnent-ils pas d'autant plus volontiers que, pendant la narcose complète, l'effort expiratoire est affaibli ?

3° Le chloroforme, qui agit sur toutes les manifestations de la vie cellulaire (sensibilité, motilité, sécrétions, assimilations), dont il entraîne la suppression passagère (Dastre), n'aurait-il pas l'activité défensive de l'épithélium vibratile ? N'atténue-t-il pas ; ne suspend-il pas la phagocytose ? Epithélium et phagocytes sont les cellules de combat contre l'infection.

4° La nutrition de ces cellules, à laquelle est indispensable l'apport sanguin pulmonaire, ne souffre-t-elle pas de la vaso-constriction liée au sommeil chloroformique ?

Autant de données qui, résolues affirmativement par l'expérimentation, nous expliqueraient le mécanisme de l'infection grippale opératoire.

L'opération elle-même d'ailleurs n'est-elle pas capable de troubler au réveil, par voie réflexe, la circulation pulmonaire et de favoriser l'évolution des accidents ?

On sait que tout traumatisme, tout traumatisme intestinal en particulier, peut se compliquer de congestion pulmonaire. Dès 1869, Verneuil attirait l'attention sur ces faits, que plus tard confirmaient Trélat, Ledoux, Mullois, Berger. Des ligatures sur des anses intestinales ont provoqué des congestions pulmonaires (Demarquay et Carville). Est-il déraisonnable d'admettre qu'une laparotomie, que la confection d'un anus contre-nature entraînent les mêmes conséquences ?

On a vu des congestions pulmonaires, à la suite de fluxions utéro-ovariennes, de pelvipéritonites (Potain : Association pour l'avancement des sciences, Rouen, 1883). L'excitation de ces mêmes régions, au cours d'une extirpation d'annexes, ne peut-elle conduire à des résultats analogues ?

Parmi nos malades, quelques-unes avaient un peu de toux, un peu d'emphysème avant l'opération ; la plupart étaient des nerveuses.

Dans un milieu grippal, ces malades ont donc fait de la grippe, parce qu'elles ont été opérées, l'action du chloroforme s'ajoutant sans doute à celle de l'opération pour provoquer une manifestation bronchitique, suivie d'état général.

La grippe a-t-elle une influence sur la marche de la cicatrisation ? Dans trois cas cette cicatrisation fut imparfaite, les quintes de toux ayant provoqué la désunion de plusieurs points de suture. Néanmoins, la suture peut tenir malgré la toux ; M. Quénu a constaté le fait chez une opérée de fistule vésico-vaginale.

Pourquoi la salle des suppurantes a-t-elle vu plus de cas de grippe ? Au pavillon Pasteur cette salle est toujours plus encombrée que les autres; il y a souvent de nombreux brancards ; les malades sont très rapprochées les unes des autres; la plupart suppurent, et beaucoup font pendant des semaines, quelquefois des mois, les frais d'une suppuration abondante. Ces femmes offrent évidemment à la grippe une résistance moindre que celles des salles voisines.

A L'ÉTRANGER

ALLEMAGNE

Traitement du torticolis musculaire.

M. J. Mikulicz (*Centralblatt für Chirurg.*, janv. 1894) propose un nouveau traitement du torticolis qui, au premier abord, peut sembler peu praticable. Pour lui, le torticolis est presque toujours dû à une myosite fibreuse du sterno-mastoïdien. Aussi, la section du muscle, quel que soit le procédé que l'on emploie, ne peut éviter d'empêcher la tendance de cet organe à la rétraction, ce qui explique les récidives assez souvent observées. L'auteur est donc conduit à un traitement plus radical, où il ne s'agit de rien

moins que de pratiquer l'ablation totale du sterno-cléido-mastoïdien.

Voici la technique opératoire à laquelle il a recours : incision longitudinale entre la portion sternale et la portion claviculaire du muscle. Puis, décollement avec le doigt d'abord, avec le bistouri ensuite, des deux chefs que l'on prend avec une pince et qu'on tire hors de la plaie, jusqu'au moment où l'on arrive au point de fusion des deux portions musculaires. Le décollement du muscle tiré toujours en dehors est continué, après exagération préalable de la position pathologique de la tête. Quand l'opérateur est arrivé à l'apophyse mastoïde, il coupe le muscle au ras de cet os; enfin, avant de terminer, il est nécessaire de tourner la tête du côté opposé à la lésion pour faire saillir les fibres qui auront été laissées intactes.

Deux précautions doivent être prises : pendant le décollement, l'on ne touchera pas à la partie postérieure du muscle, qui est traversée par le spinal, et sur laquelle on n'agira qu'une fois le décollement terminé, comme nous l'avons dit à l'instant. La seconde précaution consistera à protéger, avec un écarteur, le paquet vasculaire situé sous le muscle et dont la lésion aurait les conséquences redoutables que l'on sait.

Mais il y a à cette opération une objection à faire, celle-là même que l'on a faite à la ténotomie à ciel ouvert : c'est la cicatrice qu'elle laisse à sa suite, qui, dans le cas présent, est une vraie déformation. On comprend ainsi que l'auteur ne réserve cette intervention que pour les cas graves. La statistique dont il fait accompagner son travail et qui porte sur 17 cas lui a donné des résultats tout à fait favorables. Deux fois seulement il y a eu des complications légères, sans importance d'ailleurs; les autres opérés ont guéri sans incident.

Tous les muscles que Mikulicz a extirpés étaient atteints à un très haut point de myosite fibreuse. Ce serait pour lui le reliquat de lésions inflammatoires remontant parfois à la vie intra-utérine. Les ganglions sterno-mastoïdiens souvent hypertrophiés viendraient à l'appui de cette manière de voir.

Quoi qu'il en soit, ce traitement ne doit être employé que si les autres ne sont pas appelés à donner des résultats efficaces. L'opération se fait assez facilement ; les deux écueils que nous avons signalés sont faciles à éviter. Quant aux suites opératoires. elles ne paraissent pas être redoutables ; les suites éloignées ellesmêmes ne démentiraient pas ces résultats, car tous les opérés de la statistique de l'auteur ont été à l'abri des récidives et à l'abri aussi de troubles fonctionnels ultérieurs.

De l'emploi du trional comme narcotique.

A. Claus (*Internat. Klin. Rundschau*, 1894) considère le trional comme le meilleur de tous les narcotiques, surtout chez les enfants. Il le préconise dans la plupart des cas où ceux-ci sont rebelles au sommeil, et particulièrement lorsque l'impossibilité de dormir est sous la dépendance d'affections nerveuses, comme la chorée. On en obtiendra également de bons résultats dans les cas de troubles des organes respiratoires et circulatoires, et son usage devra même s'étendre aux infections fébriles. Cependant, lorsque l'on se trouve en présence de malades atteints de grandes douleurs, son action est incertaine, et il faut alors lui préférer le chloral, dont le mode d'action, peut-être plus complexe, convient mieux dans ces circonstances. Le trional n'apporte aucun trouble même passager, quand il est convenablement administré, aux fonctions intellectuelles, respiratoires et circulatoires; il est évident qu'il faut le donner avec modération et que l'on devra tenir grand compte de l'âge de l'enfant. Les doses extrêmes sont 0.2 à 1 gr. 5.

L'emploi du trional ne se limite d'ailleurs pas au domaine de la pathologie infantile. Mais, chez les adultes, il est également un bon succédané du chloral, sulfonal, etc. Si, dans certains cas, son action a pu donner lieu à des phénomènes sérieux entre les mains de certains médecins, ce n'est pas une raison pour le rejeter totalement; et c'est là un caractère qui lui est commun avec la plupart des médicaments, avec tous, pourrait-on dire. Et c'est avec les médicaments narcotiques, plus qu'avec tous les autres peutêtre, qu'il faut user de ménagements; c'est principalement leur emploi dont il faut bien régler la dose, leur action dont il faut nettement fixer la limite.

Diphtérie et sérumthérapie.

Les journaux allemands s'occupent beaucoup actuellement des résultats fournis par le nouveau traitement de la diphtérie, et il ne se passe guère de semaine sans que l'un ou l'autre ne fasse connaître la statistique de quelque médecin en ayant fait usage. Nous n'avons pas l'intention de publier ici ces statistiques qui se rapprochent sensiblement des nôtres. La sérumthérapie est considérée unanimement, pour ainsi dire, comme le traitement de choix de la diphtérie ; toutefois, les avis diffèrent, quand il s'agit de régler les circonstances de son emploi. Tandis que certains auteurs, et ils forment la majorité, traitent toutes les diphtéries par le sérum, quelle que soit la bénignité ou la gravité de l'infection, et, comme nous le faisons d'ordinaire nous-mêmes, pratiquent des injections préventives, si l'enfant a la moindre angine, d'autres ne réservent ce traitement qu'aux cas vraiment sérieux.

En Autriche, c'est la même note qui domine. Nous trouvons à ce sujet de curieux renseignements dans le *Wiener klin. Wochenschrift*, 1894, n°s 45 et 49; il ressort nettement des quelques observations qui y sont publiées que si la sérumthérapie peut occasionner des accidents, ceux-ci, malgré leur gravité apparente, cèdent assez vite. Ainsi **W. Lublinski** rapporte un cas où, après injection, il se produisit une petite tuméfaction qui gardait l'empreinte du doigt, sans que l'on pût véritablement dire qu'il y eût œdème; quelque temps plus tard, l'on vit près du point de l'injection un petit exanthème qui allait toujours s'agrandissant pour atteindre d'assez fortes dimensions douze jours après la première inoculation. En même temps, douleurs dans les membres, particulièrement les membres inférieurs, fièvre montant jusqu'à 40°3; mais, fait assez curieux, pas d'albumine. Au dix-septième jour, tous ces phénomènes disparurent peu à peu, et la guérison fut complète, malgré cette alerte. **Horcicka** cite également un cas où le traitement s'accompagna d'albuminurie, et, quoique dans l'impossibilité d'affirmer que cette albuminurie fût bien sous la dépendance de la sérothérapie, les urines n'ayant pas été examinées avant l'inoculation antidiphtéritique, l'auteur nous dit que l'enfant guérit parfaitement. Dans les deux alternatives, cette observation est intéressante; car, ou bien elle nous montre une fois de plus que les accidents rénaux sont simplement passagers ; ou bien, si le rein était déjà malade auparavant, elle nous démontre bien que l'enfant a, néanmoins, été capable de supporter la sérumthérapie, et que celle-ci n'a pas entraîné chez lui des complications qu'on aurait peut-être été en droit de redouter.

En somme, la sérumthérapie semble être envisagée de la même façon en Autriche et en Allemagne que chez nous. Dans leur ensemble les résultats sont excellents; mais néanmoins, dans certaines circonstances qu'on ne peut encore déterminer, éclatent des accidents qui paraissent redoutables, mais qui se calment facilement et aussi assez rapidement. Ces accidents ne doivent pas être une contre-indication à l'emploi du sérum ; tout au plus sont-ils une preuve que l'injection doit être faite avec prudence, à doses moins fortes, et surtout il faut se rappeler qu'au point de vue préventif, on obtient des résultats incontestables avec une très faible quantité de sérum.

Enfin, autre point sur lequel insistent beaucoup de médecins allemands et autrichiens qui se sont occupés de la question : l'antisepsie la plus rigoureuse doit être associée à la sérothérapie, condition nécessaire pour éviter les infections d'origine hétérogène et autogène, et empêcher ainsi de nouvelles maladies de se greffer sur la diphtérie, pour laquelle l'emploi de l'antitoxine aura, dans ces conditions, été totalement inutile. Sans insister davan-

tage sur ces faits, rappelons simplement qu'ils sont tout à fait d'accord avec les conclusions de M. Roux, conclusions elles-mêmes adoptées dans nos hôpitaux, et qui peuvent se résumer ainsi : lavage de la gorge avec liqueur de Labarraque et isolement du malade.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 27 mars. — Présidence de M. Théophile Anger.

Nous sommes obligés de renvoyer au prochain numéro la discussion sur le traitement des contusions abdominales et le rapport de M. Quénu sur la cure opératoire de la mobilité pubienne après la symphyséotomie.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 mars.

Glycosurie alimentaire chez les sujets sains.

MM. Linossier et **Roque** (de Lyon). — La glycosurie alimentaire a tout d'abord été considérée comme un moyen expérimental de diagnostic de l'oblitération de la veine porte. Puis, on l'a rapportée à l'insuffisance de la cellule hépatique, détruite ou altérée dans une plus ou moins grande mesure. Mais, aujourd'hui l'on sait que la glycosurie alimentaire se voit dans des altérations hépatiques passagères, et que même elle peut se rencontrer dans certaines affections qui ne paraissent pas intéresser le foie, ainsi, par exemple, certaines lésions cérébrales diffuses, où elle serait même plus fréquente que dans les maladies du foie.

Devant cette séméiologie complexe et indécise, nous avons essayé de préciser la signification de la glycosurie alimentaire, et nous avons commencé par l'étudier chez les sujets sains. Nous nous sommes adressés à des assistants ou élèves de la Faculté de Médecine de Lyon, et à des malades atteints d'affections comme l'arthrite-blennorrhagique, la sciatique, etc. Nous avons employé alternativement le sucre de canne, le glucose et la lactose.

Le sucre de canne donne de la saccharosurie ou de la glycosurie. La première se montre chez tous les sujets, et elle s'accompagne ordinairement d'une légère glycosurie, à laquelle il ne faut pas chercher de raison d'être spéciale.

Chez certains sujets, c'est la glycosurie qui domine, et celle-ci paraît, en effet, liée à un état spécial de l'organisme, encore peu nettement déterminé.

La saccharose est la variété de sucre qui passe dans l'urine le plus facilement, puis viennent le glucose et la lactose. Ce n'est qu'une heure après l'ingestion de ces substances que commence l'élimination ; celle-ci dure jusqu'après la huitième heure, mais son maximum est entre la deuxième et la quatrième.

A la limite d'assimilation des sucres, admise par Hofmeister, nous opposons un coefficient d'utilisation individuel pour chaque personne et pour chaque espèce de sucre.

Pratiquement, il faut se rappeler que la glycosurie alimentaire peut s'observer à la suite de l'ingestion de cent grammes de saccharose chez 16 0/0 des sujets sains, ce qui ne permet pas de la considérer comme indice d'une lésion grave de la cellule hépatique.

Le surpeuplement de l'habitation.

M. Lagneau. — On sait depuis longtemps que plus la population est dense, plus s'accroît la morbidité, et surtout la mortalité. Mais il ne faut pas borner là les faits ; car l'encombrement de quartier n'est pas seul redoutable, mais celui de l'habitation est également à craindre. M. Bertillon considère comme surpeuplé tout logement dont le nombre d'habitants est supérieur au double du nombre de pièces. Tout arrondissement composé de logements surpeuplés présente, en effet, un chiffre élevé de mortalité. Ainsi à Ménilmontant, où, sur 1,000 habitants, il y en a 227 qui sont plus de 2 par pièce de logement, on compte 31 décès généraux et 5.5 décès phtisiques. Dans l'arrondissement de l'Elysée au contraire, où cependant la population spécifique ressemble à peu près à celle de Ménilmontant, mais où sur 1,000 habitants il n'y en a que 48 qui sont plus de 2 par pièce de logement, la mortalité générale est de 13, et celle par phtisie de 1.7.

Greffe vésicale de l'uretère.

M. Pozzi cite l'observation d'une malade chez laquelle pendant l'extirpation d'un kyste du ligament large adhérent de toutes parts, l'uretère gauche fut sectionné près de son insertion vésicale. Il fit alors une boutonnière au niveau de la partie moyenne de la face postérieure de la vessie, y implanta l'extrémité de l'uretère par deux rangées de sutures de soie, l'une pour les muqueuses, l'autre pour les tuniques séreuse et musculaire. La guérison, qui remonte à neuf mois, est complète. Ayant dû, il y a peu de temps, faire une laparotomie chez la même malade pour un hydrosalpinx, l'orateur a vu que l'uretère greffé par lui ne présentait, comme seule lésion, qu'une légère dilatation, attribuable sans doute au reflux possible de l'urine quand la vessie est distendue.

J. P.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance des 11 et 18 mars.

Du microsporon.

M. P. Vuillemin. — J'ai constaté, en étudiant le genre microsporon, que le microsporon vulgaire s'éloigne des saccharomyces, pour ressembler bien plus aux algues du groupe des cénobiées, et, de plus, que ce microsporon n'est pas un parasite nécessaire.

On le trouve en grande abondance sur l'épiderme sain. Il peut s'insinuer activement entre les cellules vivantes, pour en altérer le contenu. On ne peut nullement le comparer à une poudre inerte ; au contraire, il faut le considérer comme armé pour le parasitisme.

De la fibrinolyse dans le sang et dans les solutions salines faibles.

M. A. Dastre. — Les solutions salines faibles existent partout dans l'organisme, dans le sang, la lymphe, la plupart des sécrétions ; aussi est-il fort intéressant d'examiner leur action sur les albuminoïdes frais des tissus. J'ai donc fait agir sur de la fibrine fraîche des solutions de sels dans les proportions où on les voit dans les liquides de l'organisme. Pour que ces expériences aient toute la valeur désirable, il est indispensable d'éviter l'action des microorganismes et des ferments solubles, qui altèrent énergiquement la fibrine fraîche.

La fibrine fraîche, dans ces expériences, a été changée en fibro-globuline α, fibro-globuline β et propeptones, avec traces de peptones vraies ; c'est ainsi aussi qu'elle est transformée en présence des solutions fortes.

Par là, on peut expliquer un phénomène que j'ai signalé autrefois. En effet, j'ai constaté que la fibrine, laissée en contact avec son sang générateur, y disparaît dans des proportions souvent considérables.

C'est là ce que j'ai appelé fibrinolyse, rappelant de loin la glycolyse, c'est-à-dire la disparition successive du glycose du sang. La fibrinolyse s'accompagnait de l'apparition de propeptones dans le sang. Ainsi la fibrinolyse dans le sang est un cas particulier de la fibrinolyse dans les solutions salines faibles.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 22 mars.

Cystites par infection descendante.

M. Comby présente, au nom de **M. Bazy**, une brochure sur les cystites par infection descendante. M. Bazy a observé plusieurs cas de cystite à la suite d'affections médicales (bronchites, angines, etc.) chez des malades absolument indemnes de tout passé uréthral. Les reins n'ont pas été touchés; ces cystites sont dues à l'élimination des microbes par les urines.

Paralysie alcoolique localisée à un membre frappé antérieurement de paralysie infantile.

M. Du Cazal présente un malade atteint, à l'âge de 3 ans, de paralysie infantile, ayant laissé une atrophie marquée du membre inférieur gauche, avec un raccourcissement de 2 centimètres; le pied lui-même présente un raccourcissement, la concavité de la voûte plantaire est exagérée, les orteils sont en griffe. Ce malade, soldat à Granville, a été frappé au mois de janvier dernier, en venant à Paris par une nuit très froide, d'une congestion cérébrale où le froid et l'alcool jouaient un rôle. On l'apporta au Val-de-Grâce en état de carus, exhalant une forte odeur d'alcool. Le lendemain, les troubles cérébraux disparus, on constata une paralysie alcoolique, limitée aux fléchisseurs, avec le steppage caractéristique, et localisée à la jambe gauche, atteinte antrefois de paralysie infantile.

L'intoxication a donc impressionné les éléments nerveux, déjà affectés de déchéance à l'exclusion des éléments normaux. C'est un remarquable exemple de prédisposition morbide. Ce fait tendrait aussi à prouver que la paralysie alcoolique est plutôt d'origine centrale que périphérique. Chez ce malade, l'alcool paraît avoir exercé son action sur la moelle déjà malade et non sur les nerfs périphériques. Il n'existait, d'ailleurs, pas de troubles de la sensibilité.

Pseudo-lipômes et éléphantiasis d'origine névropathique (tabes).

M. Mathieu présente les photographies d'une malade atteinte depuis deux ans de douleurs fulgurantes, avec perte des réflexes rotuliens, signe d'Argyll Robertson, troubles des sphincters, troubles de la sensibilité, arthropathies du membre inférieur gauche, phénomènes dont la nature tabétique n'est pas douteuse. Cette malade présente à la partie supéro-externe de la cuisse droite une tuméfaction mal limitée, élastique, de nature pseudo-lipomateuse. Il existe un autre pseudo-lipôme moins net au-dessus de la rotule. La question des pseudo-lipômes a déjà été agitée et on a soutenu leurs rapports : avec les œdèmes névropathiques, avec le lipôme vrai, avec l'arthritisme en général. Le fait actuel plaide en faveur de leur origine névropathique. Cette malade présente en outre une augmentation de volume du membre inférieur gauche, de la cuisse en particulier, dû principalement à un épaississement pseudo-éléphantiasique de la peau. M. Mathieu rappelle que des cas analogues ont été signalés par M. Marie (*Leçons sur les Maladies de la Moelle*, p. 232-233); par M. Brissaud dans ses leçons de la Salpêtrière; dans le cas de M. Brissaud, il s'agissait presque d'un éléphantiasis classique occupant les deux segments du membre. M. Mathieu a déjà défendu l'origine névropathique de ces pseudo-éléphantiasis. Il en a publié, dans les *Annales de Dermatologie*, un cas observé avec M. Thibierge; il a vu un autre cas à l'Hôtel-Dieu Ces lésions, pseudo-lipômes et éléphantiasis, sont de nature névropathique et doivent être rapprochées des œdèmes névropathiques.

M. Rendu. — On a signalé depuis longtemps, dans les affections du système nerveux, la substitution du tissu adipeux au tissu musculaire disparu. Gubler en 1875, montrait que, dans les sciatiques prolongées, le tissu graisseux prenait la place des muscles atrophiés.

M. Thibierge a vu d'autres exemples de pseudo-lipômes en relation avec une affection nerveuse, en particulier dans la sciatique. Il ajoute quelques mots à propos de la malade qu'il avait observée avec M. Mathieu et présentée il y a un an à la Société. Cette malade était atteinte d'hémiplégie gauche avec état cachectique spécial, qui avait fait songer à l'existence d'un cancer du cerveau, vérifié par l'autopsie pratiquée au mois de septembre dernier. Cette malade avait été présentée à la Société, à cause de la déformation pseudo-éléphantiasique du membre supérieur gauche. L'autopsie a montré l'intégrité absolue des voies circulatoires (grosses veines et artères); il n'y avait aucune thrombose, mais une infiltration graisseuse généralisée du membre sous la peau et dans les espaces intermusculaires. La nature névropathique de ce pseudo-éléphantiasis est donc indéniable. Il ne s'agissait pas là non plus d'œdème hystérique, comme l'avait pensé un des membres de la Société.

Cystite par absorption des alcalins à haute dose.

M. Mathieu. — M. Debove a, comme on le sait, préconisé l'emploi des alcalins à haute dose dans le traitement de l'ulcère simple de l'estomac, pour arrêter l'auto-digestion par l'alcalinisation complète de l'estomac; c'est une méthode de choix pour les crises aiguës de l'hyperchlorhydrie et pour les ulcères ronds à forme très douloureuse. J'applique le traitement suivant: Régime lacté absolu, un tiers ou un demi-litre de lait toutes les trois heures, à prendre lentement par petites gorgées en une demi-heure. Je fais ajouter au lait 60 à 100 grammes d'eau de chaux par litre. Pour les alcalins, je donne une dose journalière maxima, composée de: magnésie, 5 grammes; bicarbonate de soude, 20 grammes, à prendre de la façon suivante. Dès l'apparition des phénomènes douloureux, les malades prennent une cuillerée à café de ce mélange, qui les soulage aussitôt. Si la douleur réapparaît, ils absorbent une nouvelle dose. La plupart des malades peuvent se contenter de la moitié ou des deux tiers de la dose journalière que je viens de citer, elle a été très rarement prise en entier. Ce traitement amène rapidement la disparition des douleurs et des vomissements, ce qui permet alors de diminuer les alcalins et de reprendre un régime alimentaire plus riche.

J'ai observé quelquefois, à la suite de ce traitement, quelques inconvénients du côté de la vessie, un peu d'irritation se traduisant par des mictions plus fréquentes et une légère douleur à la fin de la miction, le tout cessant avec la suppression des alcalins. On a observé à Vichy des poussées vésicales analogues, paraissant se produire surtout à la source de l'Hôpital. Un de mes externes a même eu un peu d'hématurie au cours du traitement thermal. Je tiens surtout à vous rapporter un fait plus récemment observé. Il s'agit d'un malade atteint d'hyperchlorhydrie avec ulcère rond; une hématémèse abondante m'empêcha d'examiner son chimisme. Mis d'abord au régime lacté absolu, il reprit, au bout de quinze jours, une légère alimentation. A ce moment, je lui prescrivis par doses fractionnées après ses repas 12 grammes de bicarbonate de soude et 3 grammes de magnésie. Il eut, le deuxième jour de ce traitement, une hématurie abondante qui dura trente-six heures. Le traitement fut naturellement suspendu, mais, comme il souffrait toujours, j'essayai, au bout de huit jours, des alcalins sous une autre forme : magnésie, 4 grammes et craie préparée, 6 grammes. Le second jour de ce traitement, l'hématurie apparut.

Ce n'est donc pas le bicarbonate de soude seul, mais l'alcalinisation en général qui peut amener de pareils accidents. Il est important de les connaître, de façon à pouvoir, en pareil cas, suspendre aussitôt tout traitement alcalin.

M. Du Cazal a employé les alcalins à haute dose dans les néphrites, dans le traitement du rhumatisme suivant la méthode anglaise (20 à 30 grammes de bicarbonate de soude). Il a vu quelquefois des hématuries disparaissant avec la suppression du traitement, mais jamais de cystite.

M. Mathieu. — L'hématurie observée chez mon malade était bien due à une cystite du col. Les phénomènes douloureux à la fin de la miction le prouvent.

M. Hayem a donné longtemps le bicarbonate de soude à la dose de 20 à 30 grammes. Il n'a jamais observé de cystite ni d'hématurie; tout au plus une simple sensation d'ardeur uréthrale chez les sujets dont le canal n'était pas sain antérieurement (uréthraux ou prostatiques). Il a d'ailleurs complètement abandonné les alcalins à haute dose dans l'ulcère de l'estomac et dans la gastrite parenchymateuse qui en fait le fond. Jamais il n'a observé de guérison par cette méthode et souvent il a vu des malades revenir de Vichy avec une gastrite plus prononcée. Pour combattre ces phénomènes douloureux, il emploie le sous-nitrate de bismuth, en dose massive, suivant la méthode de Kussmaul et de et de son élève Fleiner (1). Ce traitement, qui met le mieux l'estomac au repos, calme la douleur et permet au bout de quinze à vingt jours de prendre une alimentation plus substantielle que le lait.

M. Mathieu. — Mon malade, âgé de 40 ans, n'avait pas de passé nréthral; cependant, il a toujours eu une certaine difficulté à uriner, nécessitant un effort. On doit toujours surveiller l'emploi des alcalins chez les malades à passé urinaire. M. Guyon hésite à les employer. Je reconnais que la gastrite hyperpeptique ne guérit pas par le bicarbonate de soude, qui ne modifie pas le chimisme stomacal, mais ce traitement palliatif peut amener un grand soulagement et permettre un traitement plus actif. Le sous-nitrate de bismuth à dose élevée ne m'a pas donné des succès aussi éclatants que ceux de M. Hayem.

M. Hayem ne nie pas les bons effets du bicarbonate de soude, surtout chez les hyperchlorhydriques, mais le bismuth réussit mieux et, en outre, dans des cas où le bicarbonate de soude n'agit pas, par exemple dans certaines crises douloureuses observées chez les apeptiques. Quant aux troubles vésicaux, on les évitera en proportionnant les doses de bicarbonate de soude à l'intensité de l'acidité urinaire. Il faut toujours s'assurer de celle-ci. M. Hayem a remarqué qu'il n'y avait pas de rapport entre l'acidité des humeurs (suc gastrique) et l'acidité urinaire. Avant de donner les alcalins, M. Hayem s'assure toujours du degré d'acidité urinaire. On évite ainsi l'alcalinisation des urines, qui favorise l'infection microbienne, comme l'a montré M. Guyon.

M. Catrin emploie le traitement de M. Debove d'une façon courante. Il n'a jamais observé d'accidents urinaires.

Pleurésies séro-fibrineuses.

M. Lemoine a étudié au point de vue bactériologique 32 pleurésies séreuses, ses examens ont toujours porté sur un à deux centimètres cubes de liquide; souvent il a répété cet examen plusieurs fois dans le cours de la maladie. Le premier examen a été fait deux ou trois jours après l'entrée au maximum. 28 fois le liquide ensemencé sur divers milieux est resté stérile; quatre fois il a été fourni une culture de staphylocoque blanc. L'évolution clinique a montré que la tuberculose jouait un rôle prépondérant dans toutes ces pleurésies. Sur les 28 cas dont l'ensemencement est resté stérile, 15 ont présenté ensuite des signes évidents de tuberculose, un est mort avec des lésions tuberculeuses pleuro-pulmonaires; 7 présentaient à leur sortie les signes de début de la tuberculose établis par M. Grancher; 5 enfin n'avaient absolument rien. — Sur les 4 cas à staphylocoque blanc, un présentait à la sortie des signes très suspects. Au point de vue clinique, M. Lemoine note, dans la plupart de ces cas, l'absence d'antécédents héréditaires, le début et l'évolution souvent insidieuse; le liquide était généralement clair et citreux; deux fois seulement il a été hémorrhagique. Un fait important à noter dans la convalescence, c'est l'écart notable, entre la température matinale et vespérale, d'un degré, la température du soir atteignant 37°8 ou 37°9; de temps en temps même une petite poussée fébrile véritable (en rapport avec l'infection tuberculeuse latente). Dans le cas où la mort a permis de constater des lésions pleuro-pulmonaires tuberculeuses, deux centimètres cubes de liquide avaient été injectés dans le péritoine d'un cobaye. Celui-ci sacrifié quatre mois après ne présentait pas trace de tuberculose.

Les faits de M. Lemoine viennent confirmer ceux de MM. Kelsch et Vaillard, Netter, Catrin, etc., etc. Il croit que la pleurésie est plus souvent de nature tuberculeuse que ne le pense M. Fernet. Pour avoir d'une façon positive la preuve de la nature tuberculeuse, il faudrait qu'on examinât et inoculât d'une façon méthodique le caillot fibrineux où se trouvent surtout les bacilles (Girode).

Hyperthermie à la suite d'injection de sérum artificiel.

MM. Debove et **Brühl** ont essayé de réaliser le lavage du sang par les injections sous-cutanées de sérum artificiel et d'obtenir ainsi de la diurèse. Au point de vue thérapeutique, le résultat a été à peu près nul. Mais, au cours de leurs recherches, ils ont eu l'occasion d'observer des faits analogues à ceux que M. Hutinel a rapportés dans la dernière séance, d'hyperthermie provoquée par ces injections.

Divers sérums ont été employés, mais surtout celui de M. Hayem (eau, 1,000; chlorure de sodium, 5 sulfate; de soude, 5). Les injections ont été faites dans des conditions de stérilisation absolue; jamais il n'y a eu de réaction locale. Les malades soumis à ces injections étaient apyrétiques (surtout des sciatiques). La quantité de liquide injecté a varié de 50 gr. à 700 gr., la dose moyenne étant de 300 gr. L'élévation thermique a été constante, accompagnée ou non de phénomènes généraux; le maximum thermique avait lieu six à dix heures après l'injection.

2 fois il n'y a eu aucune élévation thermique;

19 fois elle a dépassé 1 degré 5;

31 fois elle a dépassé 1 degré;

Et 5 fois elle a dépassé un demi-degré.

M. Debove a noté l'influence de l'accoutumance; les injections répétées ne provoquaient plus de fièvre. Il n'a pas recherché si les tuberculeux réagissaient mieux; il se rappelle cependant que l'élévation la plus considérable de 38°6 à 41° a été observée chez une femme phtisique.

Les injections sous-cutanées d'eau pure ne provoqueraient pas d'hyperthermie; elles sont très douloureuses.

M. Catrin. — J'ai essayé des injections de sérum artificiel chez un paludéen cachectique à température abaissée. Deux heures après l'injection de 6 centimètres cubes, la température a monté à 38°8, avec des phénomènes généraux très pénibles qui m'ont empêché de renouveler l'injection.

M. Hayem, dans l'épidémie cholérique de 1884, a employé, avec M. Duflocq, les injections de sérum artificiel dans les veines des cholériques. Il a injecté jusqu'à six litres. Jamais il n'a observé d'hyperthermie; et à cette époque les mesures de stérilisation étaient moins complètes qu'aujourd'hui.

Ganglion sus-claviculaire et cancer du duodénum.

M. Girode remet une note de M. Lalesque (d'Arcachon) sur un malade ayant probablement un cancer du duodénum avec ganglion sus-claviculaire. Le traitement par le chlorate de soude a amené l'amélioration des troubles digestifs et de l'état général; en même temps, le ganglion a subi une diminution considérable.

M. Mathieu cite une observation où l'existence simultanée du ganglion sus-claviculaire et d'une hématémèse lui a fait diagnostiquer à tort un cancer de l'estomac. L'autopsie montra

(1) 25 à 30 gr. de sous-nitrate de bismuth, délayés dans 300 gr. d'eau, sont introduits chaque matin dans l'estomac de préférence au moyen de la sonde. On peut ainsi, en gardant le siphon amorcé quelques instants, donner le temps au bismuth, grâce à sa pesanteur, de se déposer sur les parois de l'estomac et évacuer une partie de l'eau dont la présence est inutile. C'est un véritable pansement de l'estomac. On le répète généralement une quinzaine de jours.

que la malade avait un cancer de l'utérus et des annexes étendu au péritoine du petit bassin. La malade avait d'ailleurs une ascite considérable qui empêchait l'examen approfondi de l'abdomen.

M. Troisier rappelle qu'il n'a jamais prétendu que le ganglion sus-claviculaire fût un signe du seul cancer de l'estomac. On peut le trouver dans tous les cancers de la cavité abdominale (rein, utérus, etc.). Son existence bien établie est un signe presque certain de cancer abdominal. Il doute que, dans le cas de M. Lalesque, il s'agisse bien d'un cancer ; le ganglion n'aurait pas disparu.

H. Méry.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 16 mars.

Atrophie musculaire progressive par poliomyélite chronique.

M. Déjerine. — Les deux observations suivantes ont trait à une affection assez rare ; il s'agit de malades observés par moi pendant plusieurs années et dont j'ai pratiqué l'autopsie.

Le premier malade était atteint d'atrophie musculaire, type Aran-Duchenne, depuis dix-huit ans. L'atrophie, très accentuée aux membres supérieurs, était très peu accusée aux membres inférieurs. Les muscles de la face étaient intacts, il y avait conservation de la sensibilité spéciale et générale et intégrité des sphincters. L'évolution lente de l'atrophie me semblait indiquer l'existence d'une atrophie myopathique plutôt que myélopathique. Cette dernière hypothèse était cependant la vraie, car l'autopsie m'a montré à la région cervicale une atrophie considérable des racines antérieures. Il s'agissait de poliomyélite chronique simple. Les cellules des cornes antérieures avaient presque complètement disparu, les racines antérieures étaient très altérées. Au niveau du renflement lombaire, les lésions cellulaires étaient beaucoup moins accusées. Pas de lésion appréciable des faisceaux blancs, des vaisseaux, des méninges.

Dans la seconde observation, il s'agit encore d'un cas d'atrophie type Aran-Duchenne, ayant duré dix ans. La maladie était très accusée, il y avait impotence fonctionnelle complète des membres supérieurs ; aux membres inférieurs, l'atrophie, moins marquée, n'en rendait pas moins la marche difficile. Intégrité de la face, abolition des réflexes tendineux. La marche de la maladie étant de plus en plus progressive, le malade fut obligé de s'aliter définitivement, et il mourut un an plus tard. L'autopsie me montra une atrophie excessive des racines antérieures dans toute la hauteur de la moelle et une diminution marquée du volume des cornes correspondantes, surtout à la région cervicale. Partout, il y avait disparition des cellules des cornes antérieures ; pas d'altération des vaisseaux ; à part un léger degré de sclérose, encore douteux, rien sur les cordons blancs.

Ce qui fait l'intérêt de ces deux observations, c'est l'état des faisceaux blancs qui, dans les cas connus, présentaient des altérations légères dans le domaine des cordons antéro-latéraux, mais sans participation des faisceaux pyramidaux. Il faut sans doute en voir la raison dans la lenteur de l'évolution ; les fibres commissurales, courtes et longues, dégénérant très lentement, disparaissent sans doute sans déterminer autour d'elles d'irritation névroglique. D'ailleurs, ce qui confirme cette opinion, c'est l'absence d'hyperplasie névroglique que j'ai constatée dans mes deux cas, et que la plupart des auteurs ont signalée.

Ces deux cas réalisent le type parfait de la poliomyélite chronique simple, systématique, comme l'ont conçue Charcot et Vulpian ; son étiologie reste d'ailleurs encore à déterminer.

De la curabilité de la tuberculose aspergillaire.

M. Rénon. — On sait que la tuberculose aspergillaire peut passer à l'état fibreux. Je viens de l'observer nettement chez un lapin atteint de tuberculose aspergillaire chronique expérimentale. En effet, ce lapin, sacrifié cinq mois après l'infection, présentait un rein criblé de cicatrices, où l'on voyait un tissu de sclérose en pleine évolution, avec éléments embryonnaires et éléments conjonctifs adultes. L'ensemencement d'un tubercule dans le liquide de Raulin donna une culture d'aspergillus fumigatus.

Donc, il s'agit bien d'une sclérose jouant un rôle curateur dans la tuberculose aspergillaire comme dans la tuberculose ordinaire.

Effets thérapeutiques des courants à haute fréquence.

M. d'Arsonval communique, au nom de MM. Apostoli et Berlioz, une note sur les résultats obtenus par l'emploi de courants à haute fréquence, au moyen de solénoïdes enveloppant tout à fait les malades.

Chez les hystériques, les malades souffrant de névralgie, on n'obtient aucun effet. Mais chez les goutteux, les arthritiques, les rhumatisants et les glycosuriques, les effets au contraire sont excellents. L'état général d'abord est influencé, puis les combustions ne tardent pas à être augmentées. C'est là un traitement qui est destiné à jouer un grand rôle dans la thérapeutique des maladies par ralentissement de la nutrition.

Le cri réflexe des hémiplégiques.

M. Féré. — J'ai eu l'occasion de voir un hémiplégique qui poussait un cri brusque à chaque examen du tendon rotulien. Ce fait s'est manifesté à l'occasion d'une brûlure de la jambe qui avait provoqué une exagération de la contracture et des réflexes du côté paralysé. Avant et après cet accident, pas de cri réflexe.

Des substances anticoagulantes chez la mère et le fœtus.

MM. Wertheimer et Delezenne (de Lille). — La peptone de Witte et l'extrait de sangsue n'empêchent pas la coagulation du sang du fœtus, mais rendent peu coagulable celui de la mère. Peut-être faut-il conclure que le placenta laisse passer les substances anticoagulantes formées à la suite des injections, mais si lentement qu'elles n'ont plus d'action sur le sang de ce dernier.

Sur l'imprégnation des cellules nerveuses.

M. H. Berdal dit qu'il emploie, pour imprégner rapidement les cellules du cerveau et du cervelet, une solution saturée de bichromate de potasse contenant 25 grammes de sulfate de cuivre par litre, maintenue à l'étuve à une température de 35° a 38°. A froid, l'imprégnation se produit également, mais bien plus lentement.

Séance du 23 mars.

Des modifications de structure que l'extirpation de la glande thyroïde amène dans les glandules thyroïdiennes.

M. Gley. — J'ai déjà fait voir qu'il se produisait des modifications de structure dans les glandules thyroïdiennes, après l'extirpation de la glande thyroïde proprement dite. Depuis, avec M. Nicolas (de Nancy), j'ai étudié cette question plus à fond, et je tiens à faire connaître à la Société les premiers résultats auxquels je suis parvenu.

On sait qu'à l'état normal les glandules ont une structure homogène. Mais six jours après l'extirpation de la glande thyroïde, et surtout un peu plus tard, on peut y distinguer des zones irrégulièrement réparties, formées de traînées de cellules épithéliales plus petites que les cellules normales, et à noyau plus colorable que le noyau des cellules normales. De plus, les éléments épithéliaux ont des caractères que ne possèdent jamais les cellules des glandes normales. L'hypertrophie de ces glandules tient en partie à l'augmentation du nombre des cellules épithéliales. On peut même voir d'ailleurs des phénomènes de division cellulaire.

On peut penser que ces modifications doivent être rapportées au développement fonctionnel des glandules, consécutif à la thyroïdectomie.

Influence des traumatismes sur les localisations des substances solubles.

M. L. Meyer. — MM. Bouchard et Charrin ont montré que l'ingestion de la naphtaline provoque chez le lapin une cataracte au bout de huit à douze jours. MM. Charrin et Carnot, de leur côté, ont fait voir que dans les cas d'intoxication progressive, par des sels de plomb par exemple, en ayant eu soin de créer une lésion auparavant, les sels iront se déposer dans les parties ren dues malades.

Je me suis basé sur ces deux données dans les expériences que j'ai pratiquées et que je résume ainsi : j'ai fait ingérer 1 gramme de naphtaline à des lapins pendant huit jours; sur l'œil droit de ces animaux je faisais des frottements capables de produire la congestion de l'organe. Aussi, du côté droit, la cataracte a-t-elle été constituée quelques jours avant de l'être à l'œil gauche. Parfois les différences entre les deux yeux étaient très marquées; d'autres fois, elles étaient moins accentuées.

Donc, les irritations mécaniques influencent plus ou moins les lésions engendrées par des substances chimiques; la clinique nous offre des faits semblables; par exemple, le rôle des chocs dans l'apparition des accès de goutte. Ainsi chez un goutteux qui tombe sur le coude, l'acide urique et les urates vont parfois s'accumuler dans cette articulation traumatisée. Enfin, des influences de même ordre régissent les actions des agents figurés, des microbes, ce qui prouve la généralité des lois qui commandent les processus étiologiques.

L'oxyhémoglobine chez les myxœdémateux.

M. Masoin (de Louvain). — J'ai eu l'occasion de comparer la quantité d'oxyhémoglobine chez les individus qui étaient atteints de myxœdème et sur ceux qui en étaient guéris.

Chez un enfant de douze ans, atteint de myxœdème congénital, la quantité d'oxyhémoglobine s'élevait à 6.5 0/0. Chez des myxœdémateux guéris, j'ai constaté 8.5 0/0 d'oxyhémoglobine, et même 10 0/0 environ.

C'est dire que la quantité relative d'oxyhémoglobine s'abaisse dans le myxœdème, mais qu'elle se relève après la guérison, sans atteindre toutefois la normale.

Action de l'antipyrine sur les centres nerveux.

MM. Langlois et Guibhaud. — L'antipyrine, lorsqu'on étudie son action sur les divers centres nerveux, apparaît comme agissant sur tout l'axe cérébro-médullaire, mais à des degrés différents. Si l'on donne de l'antipyrine à des animaux, dont la moelle cervicale est sectionnée, à doses graduées, on voit que l'intoxication suit plusieurs phases déterminées dans sa marche.

C'est d'abord une phase cérébrale, avec convulsions cloniques, épileptiformes, localisées à la tête. C'est ensuite une phase médullo-cérébrale caractérisée par les phénomènes précédents, auxquels s'ajoutent une ou plusieurs attaques toniques, opisthotoniques, violentes, mais peu durables. C'est enfin une phase cérébrale avec hyperexcitabilité médullaire, comparable au strychnisme.

Les réflexes de la tête disparaissent avant ceux du tronc. L'antipyrine a donc une action élective sur les centres supérieurs, ce qui explique bien son efficacité sur les douleurs céphaliques, les névralgies des nerfs crâniens, bien plus puissante que celle qu'elle exerce sur la moelle.

Des phénomènes chimiques dans les muscles isolés du corps.

M. Chauveau presente une note de M. Tissot, où cet auteur rappelle qu'il a démontré antérieurement qu'il n'y a pas de rapport entre la quantité totale d'acide carbonique dégagée par un muscle isolé du corps et les phénomènes d'activité vitale dont celui-ci est le siège.

Il ajoute que de nouvelles expériences lui ont fait voir qu'une partie de l'acide carbonique, dégagé par un muscle placé dans l'air, est due à l'oxygène absorbé, et que c'est là un phénomène vital, un vrai phénomène de respiration.

Donc, il y a une double origine à l'acide carbonique exhalé par le muscle isolé du corps : dégagement physique de gaz préformé, formation active due à l'exercice des propriétés physiologiques survivantes du muscle.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance du 14 mars.

Paralysie du bras chez un nouveau-né à la suite de l'accouchement.

M. Loviot rapporte un cas de paralysie du bras, survenue chez un nouveau-né à la suite d'une fracture de l'humérus qui se produisit, lors de l'accouchement, au moment où on dégageait les épaules. On appliqua immédiatement un appareil plâtré ; on constata les jours suivants l'apparition d'un cal volumineux, suivi bientôt de l'impotence du membre. Au bout de quelques jours le cal diminua et le membre reprit ses fonctions. M. Loviot attribue cette paralysie à la compression par le cal du nerf musculo-cutané.

M. Budin se demande si cette paralysie n'est pas due à la compression produite par l'appareil plâtré.

M. Charpentier fait remarquer que ce retour de la motilité, sans traitement, est exceptionnel. Ce qu'on observe généralement, au contraire, c'est l'atrophie des muscles paralysés.

Vomissements incoercibles au cours de la grossesse.

M. Loviot relate l'observation d'une femme chez laquelle des vomissements incoercibles, survenus dans le cours du troisième mois de la grossesse, nécessitèrent un accouchement provoqué à 7 mois 1/2. Les vomissements cessèrent comme par enchantement après l'évacuation de l'utérus.

Kyste papillomateux de l'ovaire gauche. Ascite considérable. Laparotomie. Guérison.

M. Touvenaint. — Il s'agit d'une femme de 50 ans, chez laquelle, au mois de juin 1894, on pouvait sentir par le palper une masse mobile remontant assez haut dans le ventre, sur le côté gauche de l'utérus, avec lequel elle semblait être en connexion intime. Au mois de décembre, la présence d'une grande quantité de liquide ascitique empêchait toute palpation ; le toucher ne donnait plus que des renseignements fort vagues. M. Touvenaint pratiqua la laparotomie, évacua une quinzaine de litres de liquide, et enleva une tumeur végétante de l'ovaire gauche, insérée par un pédicule assez large sur la corne utérine gauche. Suites opératoires excellentes.

Expulsion d'un œuf complet à 7 mois de grossesse avec membranes intactes.

M. Forman lit une observation d'expulsion d'un œuf complet (enfant vivant) à 7 mois de grossesse avec membranes intactes. L'enfant, qui pesait 1,550 et mesurait 40 centimètres de longueur, vécut 16 heures. On vit survenir chez la parturiente qui, au moment de l'accouchement, était atteinte de pleuro-pneumonie sans épanchement, une pleurésie purulente qui débuta plusieurs jours après l'expulsion de l'œuf.

Elections de MM. Dumont et Lugeol au titre de membres correspondants nationaux ; de MM. Dudley, Harris, Hunter Robb et Montoya comme membres correspondants étrangers.

ACTES DE LA FACULTÉ

DU 1er AU 6 AVRIL 1895

EXAMENS

Lundi 1er avril, à 1 heure. — *Médecine opératoire, épreuve pratique* : MM. Delbet, Jalaguier, Lejars. — 2e Oral (1re partie, 1re série) . MM. Farabeuf, Segond, Gaucher. — 2e Oral (1re partie, 2e série) : MM. Straus, Retterer, Sebileau. — 2e (2e partie) : MM. Gley, A. Robin, Heim. — 3e (2e partie) : MM. Potain, Brissaud, Chauffard. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu : MM. Kirmisson, Ricard, Tuffier.

Mardi 2 avril, à 1 heure. — *Dissection, épreuve pratique* : MM. Polaillon, Quénu, Brun. — 2e Oral (1re partie, 1re série) : MM. Campenon, Rémy, Nélaton. — 2e Oral (1re partie, 2e série) : MM. Mathias-Duval, Retterer, Heim. — 3e Oral (1re partie) : MM. Le Dentu, Bar, Poirier. — 3e (2e partie) : MM. Dieulafoy, Hallopeau, Marfan. — 4e : MM. Proust, Cornil, Gilbert. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité : MM. Guyon, Richelot, Schwartz. — 5e (2e partie), Charité : MM. Raymond, Troisier, Letulle.

Mercredi 3 avril, à 1 heure. — *Dissection, épreuve pratique* : MM. Mathias-Duval, Segond, Jalaguier. — 2e Oral (1re partie, 1re série) : MM. Gley, Déjerine, Poirier. — 2e Oral (1re partie, 2e série) : MM. Farabeuf, Delbet, Retterer. — 2e Oral (1re partie, 3e série) : MM. Grancher, Tuffier, Sebileau. — 4e : MM. Pouchet, Landouzy, A. Robin.

Jeudi 4 avril, à 1 heure. — *Dissection, épreuve pratique* : MM. Nélaton, Rémy, Poirier. — 2e Oral (1re partie, 1re série) : MM. Mathias-Duval, Pozzi, Schwartz. — 2e Oral (1re partie, 2e série) ; MM. Le Dentu, Polaillon, Marie. — 3e (2e partie) : MM. Troisier, Marfan, Letulle. — 4e : MM. Pouchet, Gilbert, Roger.

Vendredi 4 avril, à 1 heure. — *Dissection, épreuve pratique* : MM. Farabeuf, Delbet, Poirier. — 2e Oral (1re partie) : MM. Segond, Retterer, Sebileau. — 2e (2e partie) : MM. Gley, Weiss, André. — 4e : MM. Pouchet, Landouzy, Netter. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité : MM. Kirmisson, Jalaguier, Tuffier. — 5e (2e partie), Charité : MM. Potain, Brissaud, Chauffard. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Lejars, Varnier.

Samedi 6 avril, à 1 heure. — *Dissection, épreuve pratique* : MM. Le Dentu, Quénu, Poirier. — 2e Oral (1re partie) : MM. Campenon, Pozzi, Rémy. — 2e (2e partie) : MM. Laboulbène, Chantemesse, Marie. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Cornil, Hallopeau, Letulle. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Dieulafoy, Ballet, Ménétrier. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique d'Accouchements, rue d'Assas : MM. Budin, Richelot, Bar.

EXAMENS D'OFFICIAT

Lundi 1er avril, à 1 heure. — 3e (Définitif, Hôtel-Dieu) : MM. Pinard, Chantemesse, Poirier.

THÈSES

Mercredi 3 avril, à 1 heure. — *M. Brodier* : Répartition des épanchements séro-fibrineux dans la cavité pleurale (MM. Potain, Straus, Brissaud, Netter). — *M. Chalet* : Essai critique sur le traitement des diarrhées infantiles (MM. Straus, Potain, Brissaud, Netter). — *M. Biet* : Contribution à l'étude des affections consécutives à la grippe (MM. Straus, Potain, Brissaud, Netter). — *M. Ducros* : Imperforations et rétrécissements congénitaux de l'intestin grêle (MM. Pinard, Terrier, Ricard, Varnier). — *Mlle Bruyant* : Des principales caus s d'élévation de température chez les accouchées (MM. Pinard, Terrier, Ricard, Varnier). — *M. Duvivier* : Contribution à l'étude de la gastro-entérostomie avec le bouton de Murphy (MM. Terrier, Pinard, Ricard, Varnier).

Jeudi 4 avril, à 1 heure. — *M. Legendre* : Essai sur le rôle de la chirurgie dans le diabète sucré (MM. Laboulbène, Proust, Hanot, Netter). — *M. Bigaignon* : Contribution à l'étude du péristaltisme stomacal dans les sténoses rapides du pylore (MM. Laboulbène, Proust, Hanot, Netter). — *Mlle Scheinizss* : Essai sur les conditions des femmes et des enfants dans les fabriques russes (MM. Proust, Laboulbène, Hanot, Netter). — *M. de Miranda* : Traitement des cystites rebelles chez l'homme par le curettage vésical et le drainage périnéal (MM. Guyon, Raymond, Ballet, Brun). — *M. Bernard* : Tentatives chirurgicales dans le traitement de la méningite tuberculeuse (MM. Guyon, Raymond, Ballet, Brun). — *M. Nordmann* : Le cœur des tabétiques (lésions cardio-aortiques et angine de poitrine) (MM. Raymond, Guyon, Ballet, Brun). — *M. Bezançon* : Contribution à l'étude de la rate dans les maladies infectieuses (MM. Cornil, Dieulafoy, Chantemesse, Charrin). — *Mlle Guttelson* : De la valeur nutritive de la farine de Néré (MM. Dieulafoy, Cornil, Chantemesse, Charrin). — *Mlle Protopopoff* : De la cécité en Russie ; étude étiologique (MM. Panas, Berger, Richelot, Lejars). — *M. Poumeau* : Les exostoses du développement considérées dans leurs rapports avec la tuberculose (MM. Berger, Panas, Richelot, Lejars). — *M. Boulin* : La grippe chez les opérés (MM. Berger, Panas, Richelot, Lejars).

Vendredi 5 avril, à 1 heure. — *M. Blanc* : Contribution à l'étude de l'administration de la créosote par la voie intestinale (suppositoires créosotés) (MM. Straus, A. Robin, Déjerine, Gaucher. — *M. Cuberlafon* : Des polyarthrites pelviennes dans la puerpéralité (MM. Straus, A. Robin, Déjerine, Gaucher). — *M. Mazet* : Sur l'empyème du sac lacrymal ; étude bactériologique et clinique (MM. Straus, A. Robin, Déjerine, Gaucher).

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

HOPITAUX DE PARIS

Nomination de médecins et chirurgiens honoraires.

MM. les docteurs Brouardel, Bucquoy, Lancereaux sont nommés médecins honoraires ; Léon Labbé et Guéniot, chirurgiens honoraires.

Projet de construction d'hôpitaux d'enfants.

Dans une de ses dernières séances, le Conseil municipal de Paris a adopté une proposition de M. Dubois, aux termes de laquelle l'administration est invitée à fournir d'urgence le projet concernant la construction de deux petits hôpitaux d'enfants avec dispensaire.

Maternité de l'hôpital Beaujon

Le Conseil municipal de Paris vient d'affecter une somme de 75,164 fr. à l'ameublement de la nouvelle maternité de l'hôpital Beaujon, qui comprendra 40 lits de femmes en couches, 12 lits de femmes enceintes et 6 lits d'isolement, soit un total de 58 lits.

Le mobilier de la maternité actuelle sera utilisé pour un service de médecine.

Maternité (maison et école d'accouchement), 119, boulevard de Port-Royal

Des consultations pour les femmes enceintes sont faites par l'accoucheur en chef et par l'accoucheur adjoint, les lundis, mercredis et vendredis à 9 heures du matin.

NOUVELLES

Concours de médecine.

Un concours pour la nomination à trois places de médecin des hôpitaux et hospices de Paris s'ouvrira le 26 avril 1895. — Se faire inscrire avant le 8 avril prochain.

Conseil général des Facultés.

Le conseil général des Facultés vient d'être soumis au renouvellement. Tous les membres sortants ont été réélus, à l'exception de MM Grancher (médecine), Duclos (sciences) et Martha (lettres), qui ne se sont pas présentés et qui ont été remplacés par MM. Potain (médecine), Troost (sciences) et Croiset (lettres).

Le recteur de l'Académie est président de droit ; les doyens des Facultés et le directeur de l'Ecole de pharmacie sont membres de droit. Chaque Faculté et l'Ecole de pharmacie sont, en outre, représentées par deux membres élus.

Voici la composition complète du conseil : M. Gréard, président ; Faculté de théologie protestante, MM. Lichtenberger, doyen, Sabatier et Bonet-Maury ; Faculté de droit, MM. Colmet de Santerre, doyen, Bufnoir et Beudant ; Faculté de médecine, MM. Brouardel, doyen, Lannelongue et Potain ; Faculté des sciences, MM. Darboux, doyen, Friedel et Troost ; Faculté des lettres, MM. Himly, doyen, Lavisse et Croiset ; École de pharmacie, MM. Planchon, directeur de l'Ecole de pharmacie, Milne-Edwards et Moissan.

Académie de médecine de Paris.

MM. les docteurs Morisani (de Naples), Julliard (de Genève) ont été nommés membres correspondants au titre étranger.

66e Année. 9e Série. Tome II — No 14 — 6 Avril 1895

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : Dr F. de RANSE — *Rédacteur en chef :* Dr Pierre SEBILEAU

Secrétaire de la Rédaction : M. Em. EMERY

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 28, rue Vignon

TRAVAUX ORIGINAUX

Des fistules urétéro-vaginales.

Par M. le Dr Tuffier,

Chirurgien des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté.

Depuis la vulgarisation de l'hystérectomie vaginale, les communications entre l'uretère et le vagin sont devenues relativement fréquentes. Limitées autrefois à quelques cas rares, débouchement congénital par malformation de l'uretère dans le vagin, elles sont aujourd'hui le plus souvent d'origine opératoire. La néphrectomie semblait d'abord la seule méthode capable de mettre un terme à l'écoulement de l'urine par le vagin, cette opération toujours grave ne doit être au contraire qu'un pis-aller et toutes les opérations récentes tendent au contraire à rétablir par la vessie le cours de l'urine ; et les progrès de la chirurgie de l'uretère permettent d'arriver à ce résultat.

J'ai eu l'occasion, dans ces deux dernières années, d'observer, de traiter et de guérir, par des procédés différents, quatre cas de fistules urétéro-vaginales. Ce sont ces faits joints à ma pratique expérimentale déjà ancienne sur ce sujet, et à la lecture des travaux parus à l'étranger, qui vont me permettre d'établir devant vous des faits qui touchent à trois chapitres de ces fistules, leur étiologie, leur anatomo-pathologie et leur traitement. Voici d'abord nos quatre faits cliniques dont trois ont été observés à l'hôpital Beaujon et un quatrième dans la clientèle privée. Ces quatre fistules sont consécutives à des interventions vaginales, dans trois cas il s'agissait d'une hystérectomie, dans un seul, il y avait eu incision du cul-de-sac postérieur du vagin et l'uretère avait été blessé. Je me hâte d'ajouter que ces faits ont trait à des malades porteurs de fistules qui nous ont été adressées pour être guéries et dont nous ne sommes aucunement responsables.

Ma *première* malade est une femme de 36 ans qui subit en novembre 1893 une hystérectomie vaginale pour cancer utérin. Le dérapement d'une pince, après l'opération, provoque une hémorrhagie qui nécessite une forcipressure à l'aveuglette, l'uretère droit est pincé et une fistule urétéro-vésicale s'établit. Le 12 décembre 1893, le rein correspondant étant volumineux et douloureux, je répare cette fistule par le procédé suivant : La malade étant dans la position de Trendelenburg, je pratique une laparotomie en me rapprochant au maximum du pubis. Je vais à la recherche de l'uretère à son passage sur l'artère iliaque, j'hésite quelque temps à le reconnaître, car il ressemble à s'y méprendre à la vessie iliaque — il est bleuâtre, du volume de l'index, mou, flexueux, parallèle à l'artère — mais ayant fait placer l'index de mes aides dans le vagin, je m'aperçois qu'en exerçant de légères tractions sur ce cordon, j'attire la cicatrice vaginale ; j'incise alors cet uretère dilaté au-dessus de son insertion vaginale et je l'abouche à la partie postérieure de la vessie en ayant soin de placer une sonde à demeure dans le bout rénal de l'uretère, sonde qui ressort par l'urètre. Suture en triangle bi-muqueuse au catgut et bi-séreuse à la soie, sonde à demeure vésicale, guérison. La malade est entrée, de nouveau, dans le service un an après son opération. Je l'ai cystoscopé et j'ai pu voir son nouveau méat. Le rein est normal, elle est donc parfaitement et complètement guérie.

Cette *implantation urétéro-vésicale par voie abdominale*, que j'avais étudiée au point de vue expérimental depuis plusieurs années, que j'ai conseillée dans le Traité de chirurgie en 1889, et que je n'ai pas eu l'occasion d'appliquer sur le vivant, a été faite, cette même année 1893, et mon observation n'est que la troisième en date. Depuis cette époque, Penrose et Rouffact en ont rapporté des exemples. J'insiste sur ce seul point qu'il existait un rétrécissement très marqué de la partie inférieure de l'uretère, et ce canal était très dilaté quarante-six jours après ; cette dilatation pourrait faire méconnaître ce canal.

J'avais été très satisfait du résultat obtenu, et je me rappelai que, l'année précédente (1892), j'avais vu à l'hôpital une malade atteinte de fistule urétéro-vaginale droite, consécutive à une hystérectomie, dont j'avais pris l'observation; je lui écrivis de suite pour l'examiner et grand fut mon étonnement quand je la trouvai, en janvier 1894, complètement et *spontanément* guérie depuis dix mois. Cette guérison s'est maintenue. Mon diagnostic était exact et j'oserais à peine vous signaler ce fait, si je n'avais trouvé des observations semblables et, entre autres, une malade de M. Lavissé (de Bruxelles). Je vais, d'ailleurs, vous donner, dans un instaot, l'explication de ces guérisons paradoxales.

Ma *troisième* malade avait subi, en *août 1893*, une incision du cul-de-sac postérieur pour suppuration pelvienne et présentait en septembre, au fond et à droite du vagin, un abouchement de son uretère. La fistulc était petite, l'uretère ne paraissait pas détruit dans sa totalité; je fis sur la paroi vaginale, au voisinage de la fistule, plusieurs *cautérisations* profondes au nitrate d'argent, bien décidé à fermer cette fistule par autoplastie vaginale. Cette femme a guéri après ces simples cautérisations. Je reviendrai sur l'explication de ces faits.

Ma *quatrième malade* est plus intéressantc. J'ai pratiqué chez elle l'abouchement urétéro-vésical par *voie vaginale*. Il s'agissait d'une religieuse de 47 ans, qui avait subi, en juillet 1894, une hystérectomie vaginale pour suppuration pelvienne, hystérectomie suivie d'une fistule urétéro-vaginale. Je vis la malade en janvier 1895; elle était dans un état lamentable. Le 5 janvier, je cherchai à pratiquer chez elle l'abouchement de l'uretère dans la vessie, en passant par l'abdomen. La laparotomie me fit tomber sur un uretère normal comme volume, mais je rencontrai de telles adhérences dans le petit bassin, qu'il me fut impossible de songer un instant à amener l'uretère au contact de la vessie. La malade était cachectique; je ne voulais pas faire une néphrectomie, je ne voulais pas davantage aboucher la partie supérieure de l'uretère dans l'intestin, opération trop longue que n'aurait pas supportée la patiente. Je fis au catgut la ligature de ce conduit. Ma malade guérit de son opération, et l'écoulement d'urine par le vagin fut tari complètement. Mais, au huitième jour, l'urine fait de nouveau irruption par la fistule. Le 5 février 1895, je pratique, par le vagin, le décollement et la dissection de mon uretère; j'étais certain que son orifice n'était pas rétréci, et, après l'avoir incisé dans l'étendue d'environ un centimètre, je l'abouche dans la vessie, suture en triangle bi-muqueuse et bi-musculeuse, pour n'avoir ni rétrécissement, ni reflux urinaire. L'opération fut longue, minutieuse, laborieuse, mais ma malade guérit complètement et définitivement.

Les quelques considérations pratiques qui découlent de ces faits sont les suivantes : Au point de vue *étiologique*, mes quatre fistules siégeaient à *droite*, ce siège constant m'avait frappé et mes lectures m'ont prouvé qu'il en est ainsi dans huit cas sur dix. J'en ai cherché en vain une version anatomique; je crois que c'est la mécanique opératoire qui peut nous en rendre compte. Il suffit d'avoir l'habitude de l'hystérectomie vaginale ou même de l'avoir vue pratiquer pour comprendre ceci : Lorsque la malade est dans le décubitus dorsal en face de l'opérateur, son ligament large droit est à la gauche du chirurgien, et tandis que l'opérateur est facilement à sa droite, c'est-à-dire sur le ligament large gauche, il manœuvre au contraire plus péniblement à sa gauche, c'est-à-dire sur le ligament droit de la femme. Au moment où l'uretère court le plus grand danger, c'est au moment où l'opérateur place sa pince sur le pied du ligament large où à ce moment la manœuvre sur le côté droit de l'opérateur est facile, le ligament *large gauche placé à droite du chirurgien* est facilement traité. Au contraire le ligament large et l'uretère droit placés à sa gauche courent les plus grands risques, puisque le chirurgien abaissant l'utérus de la main gauche doit croiser la main droite par-dessus la main gauche pour placer sa pince sur le ligament large placé à sa gauche.

Il agit ainsi en position croisée des deux mains, position défavorable ainsi que j'ai pu m'en rendre compte et en voyant opérer plusieurs de nos collègues et dans mes observations personnelles. (Il ne s'agit ici que des fistules connues, les cas rares sont dus à des hémorrhagies secondaires par désafrement de pinces et alors l'uretère est aussi bien pincé à droite qu'à gauche).

Au point de vue *anatomo-pathologique*, nous devons distinguer : 1° les *sections* simples; 2° les *pertes de substance* plus ou moins étendues de ce conduit. Cette distinction est indispensable pour la thérapeutique. La section de l'uretère peut être *complète* ou *incomplète*. Dans le premier cas, les deux extrémités de l'uretère sectionné s'écartent; dans le second, la paroi supérieure persiste, relie comme un pont les deux extrémités sectionnées et ce sont ces sections incomplètes qui expliquent les guérisons paradoxales, guérison spontanée, guérison après simple cautérisation des fistules urétéro-vaginales.

Dans les pertes de substance, il existe à la partie inférieure, au niveau de l'orifice urétro-vaginal, un *rétrécissement cicatriciel* de la plus haute importance. Vous savez que tout rétrécissement de l'uretère aboutit à longue échéance à une atrophie rénale, et d'autre part la moindre infection vésicale peut alors se propager au rein. Ce rétrécissement doit donc être surveillé et traité avant l'opération; mais, au point de vue opératoire, il faut en tenir le plus grand compte sous peine d'aboucher dans la vessie l'uretère et son rétrécissement. Qu'on agisse par voie abdominale ou par voie vaginale, il faut supprimer le point rétréci, l'exciser pour aboucher un uretère capable de fonctionner.

Le chapitre *thérapeutique* de ces fistules prêterait à de longs développements, mais vous savez tous où en est actuellement la question. Avant tout, le traitement des fistules urétéro-vaginales doit être préventif. Ne pas blesser l'uretère dans une hystérectomie est un bon conseil, mais qui ne sera jamais complètement suivi. Mais, dès que ce conduit est blessé, son rétablissement immédiat s'impose. C'est la meilleure façon d'éviter une fistule, Tauffer lui doit deux succès. Une suture sur sonde, si la place est incomplète, une anastomose soit bout à bout, soit par le procédé de Van Hook, ou mieux une anastomose latérale pour éviter tout rétrécissement cicatriciel sont les procédés de choix.

Mais quand la fistule est constituée, il faut d'abord faire un diagnostic exact pour savoir si la section est complète, incomplète avec ou sans rétrécissement, et, à cet égard,

non seulement l'examen de la fistule, mais le cathétérisme rétrograde de l'urètre par la vessie doivent être pratiqués. Je vous ai signalé deux cas où l'*expectation simple* ou la *cautérisation* ont suffi à guérir des sections incomplètes, toutes les autoplasties vaginales sont alors de mise et la suture directe peut donner de très bons résultats.

Si la fistule est complète avec perte de substance, c'est à l'*implantation urétéro-vésicale par voie vaginale* qu'il faut d'abord avoir recours. C'est la méthode de choix peut-être plus pénible, mais plus inoffensive. Si elle est impraticable, la *voie abdominale* par laparotomie est indiquée. Je la préfère à la voie extrapéritonéale de Baum. Mais il faut bien savoir qu'il existe quelquefois des adhérences qui peuvent rendre toute intervention impossible de ce côté.

Quelle que soit la voie employée, nous devons tenir le plus grand compte du rétrécissement cicatriciel de l'orifice inférieur de l'uretère qui, s'il n'était pas détruit, rendrait l'opération inutile. L'abouchement lui-même doit être pratiqué par un procédé qui ne donne ni rétrécissement ni reflux (Van Hook, Wintzel).

Si ces méthodes de choix ne sont pas possibles, je donnerais la préférence au *colpocleisis partiel* sur *l'abouchement de l'uretère dans l'intestin* ou à la peau malgré les récents travaux de Rydigies, sur la réfection d'un canal reliant la vessie à l'embouchure cutanée. Ce n'est qu'en désespoir de cause que je me résignerais à faire une *néphrectomie* qui devra être pratiquée au moment voulu, c'est-à-dire avant l'infection grave du rein qui en rend l'exécution bien plus difficile et le pronostic beaucoup plus sombre.

TRAVAUX ORIGINAUX

Anatomie chirurgicale du temporal.

Par le Dr Garnault.

Peut-on tirer de la forme du crâne des conclusions sur les dispositions anatomiques rendant plus ou moins dangereuses les opérations sur le rocher ?

Si nous essayons d'extraire des mensurations que nous venons de faire à l'Ecole d'Anthropologie et qui portent sur soixante crânes, les indications principales qu'on peut en déduire aux divers points de vue, anatomique, anthropologique et chirurgical, nous arrivons aux conclusions suivantes :

Il ne nous paraît pas nécessaire, pour étudier s'il existe des rapports entre les variations anatomiques rendant les opérations sur le rocher dangereuses et le type anthropologique, d'examiner un très grand nombre de crânes, mais il faut que les deux types extrêmes, dolichocéphales et brachycéphales, soient, dans la série d'étude, proportionnellement très nombreux et en nombre à peu près égal ; les mésaticéphales, qui doivent être aussi représentés, serviront surtout à montrer s'il existe des progressions régulièrement croissantes ou décroissantes dans les chiffres des moyennes.

Il n'est pas exact que le diamètre bi-mastoïdien soit proportionnellement moindre par rapport au diamètre transversal maximum chez les brachycéphales que chez les dolichocéphales et, par conséquent, que les parois latérales du crâne soient plus éloignées du parallélisme chez les brachycéphales que chez les dolichocéphales. Les deux diamètres augmentent (chez les dolichocéphales) ou diminuent (chez les brachycéphales) sensiblement dans les mêmes proportions.

Il n'est pas exact que l'axe de la pyramide soit plus oblique de haut en bas et de dedans en dehors chez les brachycéphales que chez les dolichocéphales ; on ne constate que des variations individuelles indépendantes du type anthropologique. Il n'est même pas d'ailleurs démontré que ces variations dans l'orientation de l'axe de la pyramide suffisent à déterminer l'abaissement relatif ou absolu du plancher de la fosse cérébrale moyenne.

Nous pensons pouvoir conclure de nos recherches qu'il y a également lieu d'abandonner la ligne temporale comme point de repère chirurgical. En effet, elle est, suivant les cas, très inégalement développée, parfois même elle est à peine distincte ; mais c'est surtout dans sa position qu'elle varie, puisqu'on peut la trouver tantôt au niveau même du bord supérieur du pore auditif externe, tantôt 9 à 10 millimètres plus haut. Il m'a été impossible de découvrir la loi qui règle ces variations de position de la ligne temporale.

J'ai adopté comme point de repère, dans mes recherches, l'horizontale tangente au bord supérieur du conduit sur laquelle j'élève trois perpendiculaires : *a*) au niveau de la partie moyenne du pore auditif externe ; *b*) au niveau de la *spina supra meatum* ; *c*) au niveau du point d'élection opératoire situé à 5 millimètres en arrière du précédent.

Le plancher de la fosse cérébrale moyenne gauche est un peu plus bas (par rapport à l'horizontale tangente au bord supérieur du conduit) que celui de sa congénère, surtout dans sa portion antérieure et chez les dolichocéphales ; mais cette différence est extrêmement faible et il n'est pas démontré qu'elle soit régulière.

Le plancher de la fosse cérébrale moyenne est plus élevé chez les dolichocéphales que chez les brachycéphales, mais il s'agit de différences faibles, et comme on n'observe pas une progression régulière des dolichocéphales aux brachycéphales, il est probable que cette observation n'a pas un caractère général.

Le plancher de la fosse cérébrale moyenne descend à 4 millimètres ou 4 millim. 5 au-dessus du bord supérieur du conduit et de la spina supra meatum et à 3 millim. 5 en arrière.

Dans 23.3 0/0 des cas à droite et 26.6 0/0 à gauche, le plancher de la fosse cérébrale moyenne se rapproche de 2 millimètres ou moins de la ligne temporale.

Dans 25 0/0 des cas à droite et 26.6 0/0 à gauche, la fosse cérébrale moyenne descend au niveau de la ligne temporale ou plus bas.

Tous ces cas, les derniers surtout, devraient être considérés comme dangereux, si on acceptait la ligne temporale pour point de repère chirurgical.

En arrière de notre troisième repère vertical, le plancher de la fosse cérébrale moyenne se trouve au même niveau que la ligne temporale ou au-dessous, dans environ 40 0/0 des cas.

C'est surtout au-dessus de la portion moyenne du conduit que le plancher de la fosse cérébrale moyenne occupe une position déclive ; c'est donc surtout dans l'opération de la libération du recessus épitympanique que l'on sera exposé à ouvrir le crâne. Le nombre des cas dangereux est pour mes crânes deux fois plus considérable à gauche qu'à droite.

Nous trouvons que le nombre des crânes dangereux est un peu plus considérable pour les brachycéphales que pour les dolichocéphales ; cependant les différences sont faibles et, comme le nombre de ces cas est moins grand

pour les mésaticéphales que pour les dolichocéphales, il reste douteux qu'il y ait lieu d'admettre une loi bien définie.

En moyenne, le sinus latéral droit présente une procidence antérieure plus forte de 1 mill. 55 que le sinus latéral gauche. Chez les dolichocéphales, cette procidence est plus forte (1 mill. 52), que chez les brachycéphales (1 mill. 18); mais chez les mésaticéphales, elle de 2 mill. 53; il ne semble donc pas y avoir de progression régulière; en tout cas, il n'est pas exact, comme le veut Kœrner, que la projection en avant du sinus soit maxima chez les brachycéphales.

La procidence latérale du sinus latéral est plus grande du côté droit que du côté gauche et comme pour la procidence antérieure, elle serait plutôt plus forte pour les dolichocéphales, sans que l'on puisse considérer ce phénomène comme régulier.

Il n'est pas exact, pas plus si l'on considère les moyennes que pour les cas particuliers, que la procidence antérieure ou latérale du sinus latéral coïncide avec l'abaissement du plancher de la fosse cérébrale moyenne.

La procidence antérieure marquée du sinus latéral correspond souvent à un faible développement du volume des apophyses mastoïdes, qui sont presque toujours dans ce cas diploëtiques ou compactes; mais il existe cependant de nombreuses exceptions à cette loi.

Au point de vue pratique, on peut dire que l'on ne peut tirer aucune conclusion de la forme du crâne pour ce qui concerne l'abaissement du plancher de la fosse cérébrale moyenne ou la procidence en avant du sinus latéral et il n'existe aucun moyen de prévoir les nombreuses variétés individuelles que l'on peut rencontrer. Cependant le sinus latéral droit, d'une façon pour ainsi dire constante, en tout cas régulière, est plus procident que le gauche.

La ligne temporale est un mauvais point de repère anatomique et chirurgical. Dans la libération du recessus épitympanique, on ne devra pas remonter à plus de 4 ou 5 millimètres au-dessus de l'horizontale tangente au bord supérieur du conduit, et encore devra-t-on toujours procéder avec une extrême prudence, car, même en restant dans ces limites, on peut ouvrir la fosse cérébrale moyenne.

Dans l'ouverture simple de l'antre, on ne devra jamais s'éloigner de plus de 5 à 6 millimètres en arrière de la spina supra meatum, et même on pourra, en restant dans ces limites, rencontrer le sinus latéral, très superficiel; on devra donc se servir toujours de la gouge et du marteau, en dirigeant la gouge de haut en bas et d'arrière en avant, en procédant avec les plus grandes précautions. Il vaut mieux se servir de gouges coudées.

Dans l'opération de Stacke ou de Zaufal, on sera toujours exposé, en enlevant la paroi postérieure du conduit, à rencontrer le sinus latéral. Il ne faut jamais perdre de vue cette possibilité qui aurait au moins cet inconvénient de rendre momentanément l'opération impossible et qui pourrait exposer à de graves complications. Il faut pénétrer obliquement d'avant en arrière dans le rocher, en enlevant à la gouge la paroi postérieure du conduit, couche par couche, avec les plus minutieuses précautions, en s'éclairant de la lumière électrique.

En un mot, l'on doit, avant et pendant l'opération, considérer tous les rochers comme dangereux, et opérer avec toutes les précautions recommandables dans ces cas; le côté droit exige plus de précautions encore pour éviter le sinus latéral.

Dr Garnault,
Docteur ès sciences.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 27 mars. — Présidence de M. Théophile Anger.

De l'intervention chirurgicale dans les plaies de l'abdomen.

M. Chaput. — Je suis de l'avis de M. Michaux relativement à la nécessité de l'intervention précoce dans les cas de contusions graves de l'abdomen. Nous connaissons tous les dangers de l'expectation, je n'y insisterai pas.

Six fois je suis intervenu pour des contusions de l'abdomen, mais presque tous mes malades ont été opérés tardivement. Un seul a été opéré cinq heures après l'accident et il succomba à une rupture de la veine splénique accompagnant une rupture du pancréas sur la ligne médiane, consécutive à un coup de pied de cheval dans la région épigastrique. Dans un cas, il s'agissait d'une rupture du cæcum et de l'uretère, et l'intervention tardive fut suivie d'une guérison complète. Chez mes quatre autres blessés, je trouvai des ruptures de l'intestin avec péritonite généralisée, et les malades moururent de la continuation de leur péritonite. J'aurais obtenu la guérison, j'en suis convaincu, si j'avais pu opérer plus tôt. Comme M. Michaux, je suis partisan de la laparotomie précoce, c'est-à-dire dans les quatre ou cinq premières heures après l'accident.

Je ne crois pas, contrairement à M. Michaux, qu'il faille attendre l'arrivée des vomissements, des nausées ou l'élévation de la température qui se produit dans la période de réaction faisant suite au *shock*. Le *shock* est la grosse question à envisager au point de vue de l'intervention dans les contusions de l'abdomen et voici comment je me résumerai sur cette intervention :

S'abstenir en cas de *shock* violent, s'abstenir momentanément avec un *shock* léger, à moins qu'il n'y ait des signes nets d'hémorrhagie, qui rendent l'indication opératoire immédiate; on opérera sur la seule notion d'un *shock* antérieur et suivant les modifications du pouls, de la température, devant la constatation d'une douleur abdominale, d'une rétraction du ventre, de nausées, de vomissements bilieux.

M. Quénu. — La règle de conduite conseillée par M. Michaux me paraît excessive. La laparotomie exploratrice s'impose quand il s'agit de plaies de l'abdomen par armes à feu. Il n'en est pas de même dans les contusions abdominales. On rencontre peu de lésions abdominales dans les faits cités par M. Michaux. Rien ne prouve que chez plusieurs de ses opérés la guérison ne serait pas survenue spontanément.

Pour moi, je serai toujours disposé à faire la laparotomie quand je serai en face d'un traumatisme important et de l'existence d'une douleur fixe en un point déterminé. Je tiens compte, enfin, des phénomènes immédiats de *shock*.

Quant aux ruptures traumatiques des voies biliaires, je crois qu'il est bon de drainer avec de la gaze iodoformée, sans chercher à rétablir, par une opération directe, la continuité des voies biliaires.

M. Delorme. — Depuis sept ans, j'ai vu une vingtaine de cas de contusions abdominales, dont neuf étaient de forts traumatismes des parois antéro-latérales de l'abdomen. Je ne suis intervenu que deux fois et trop tardivement; mes opérés sont morts; mes sept autres blessés ont guéri spontanément, bien qu'ayant présenté au début des symptômes graves.

Troubles de la marche consécutifs à une symphyséotomie, avec fistules intarissables; symphyséotomie secondaire et suture osseuse; guérison.

M. Quénu. — M. Binaud (de Bordeaux) nous a envoyé une intéressante observation au sujet de laquelle vous m'avez chargé de vous présenter un rapport. Il s'agit d'une femme de vingt-six

ans, ayant subi, à la clinique obstétricale de Bordeaux, une symphyséotomie suivie de l'application d'un appareil plâtré qu'elle ne put supporter. Le foyer opératoire suppura, des trajets fistuleux persistèrent, en même temps que la symphyse conservait une certaine mobilité.

La malade entra une première fois dans le service de M. Demons, trois mois après cette opération ; on mit à nu les trajets fistuleux, qui furent soigneusement curettés et l'on pratiqua l'ablation d'une lamelle cartilagineuse nécrosée. Après guérison de la plaie, la malade rentra chez elle, mais elle ressentit bientôt des troubles manifestes de la marche (ballottement pubien, dandinement, etc.) ; puis, une fistule s'étant ouverte à nouveau, elle revint à l'hôpital.

Après avoir constaté une désunion de la symphyse à sa partie antéro-supérieure et l'existence de nombreuses fongosités à ce niveau, M. Binaud mit à nu la symphyse, fit l'ablation de toutes les fongosités, puis sectionna au bistouri, à petits coups, la partie profonde de la symphyse. Les deux os pubis, une fois bien désunis, furent ensuite largement avivés et réunis par deux points de suture au fil d'argent.

Les suites opératoires furent simples, malgré un peu de cystite, et la réunion parfaite de la symphyse fut suivie de la disparition complète des troubles de la marche. La malade a été revue à plusieurs reprises par M. Binaud et, huit mois après l'opération, la guérison se maintenait complète.

L'absence de réunion des deux pubis, après la symphyséotomie, a été déjà signalée plusieurs fois, mais peut-être ne connait-on pas encore exactement les différentes raisons pour lesquelles la réunion ne se produit pas : à ce titre, l'observation de M. Binaud nous fournit des renseignements importants. En effet, sa malade n'a pas pu supporter l'appareil plâtré qui lui avait été appliqué après l'intervention et, d'autre part, celle-ci n'avait sans doute pas été pratiquée suivant toutes les règles de l'antisepsie, puisque le foyer opératoire est entré en suppuration et que des trajets fistuleux intarissables ont été la conséquence d'un phlegmon péri-pubien développé dans la cavité prévésicale.

L'accord est loin d'être fait, parmi les accoucheurs, sur cette question de la mobilité symphysienne après la symphyséotomie. Les uns affirment que leurs opérées n'ont, pour ainsi dire, jamais de troubles ultérieurs dans la statique et la dynamique pelviennes ; les autres prétendent qu'ils observent souvent de la mobilité pelvienne et que quelques malades sont même absolument impotentes. Or, je reste convaincu que le problème ne sera résolu que le jour où les différents éléments qui le composent auront été mieux étudiés.

Le rôle de la suppuration est, par-dessus tout, considérable et il y a évidemment bien des chances pour que la soudure osseuse s'accomplisse mal chez toutes les malades dont la plaie a été infectée.

Quant à l'influence exercée sur la réunion symphysienne par la suture osseuse ou l'application d'un appareil contentif, nous ne sommes pas encore suffisamment instruits par les observations publiées. Du reste, il ne s'agit pas seulement de pratiquer une suture ; il faut encore qu'elle soit bien faite et que les os soient exactement maintenus en contact. Peut-être y aurait-il avantage à ajouter à la suture l'enchevillement avec une tige d'ivoire ou même à utiliser des plaques d'aluminium maintenues par des vis, en appliquant, pour plus de sûreté, un appareil plâtré, embrassant tout le bassin.

En ce qui concerne l'action que la solidité de l'articulation hipubienne peut exercer sur la statique et la dynamique pelviennes, les recherches de Farabeuf ont bien montré l'importance d'un rapprochement solide des pubis après la symphyséotomie ; mais, d'autre part, nous savons que certains individus, privés congénitalement de symphyse pubienne, marchent sans peine, bien qu'en accusant souvent des oscillations un peu spéciales du tronc, et des observations récentes ont montré qu'on pouvait pratiquer la résection de la symphyse pubienne et d'une bonne partie de la branche ascendante du pubis sans qu'il se produise des troubles ultérieurs de la marche. Il semble donc que la solidité de l'articulation symphysienne n'est pas absolument indispensable, pourvu que les articulations sacro-iliaques soient bridées par leur appareil ligamenteux. Or, lorsque dans la symphyséotomie on écarte fortement les deux pubis, pour épargner à la tête du fœtus toute compression et tout travail, on a infiniment plus de chances d'observer ultérieurement des troubles de la marche qu'en laissant à la tête le soin de pratiquer elle-même la disjonction sacro-iliaque capable de permettre l'écartement bipubien nécessaire à son passage. Aussi, chaque fois qu'on a pratiqué une véritable symphyséotomie, c'est-à-dire une symphyséotomie suivie d'arthroclasie sacro-iliaque, est-il indispensable de suivre les préceptes de Farabeuf et de rapprocher les pubis. La ceinture plâtrée me paraît, dans l'espèce, inférieure à la suture osseuse et même à la suture fibreuse, car il existe en avant du plan osseux un plan fibreux très épais, susceptible de fournir aux fils un point d'appui très résistant.

En tout cas, lorsque la soudure osseuse ne s'est pas effectuée et quand, comme conséquence, on observe des troubles de la marche, il faut prendre le parti auquel s'est arrêté M. Binaud, et faire une suture secondaire.

Séance du 3 avril.

De l'intervention chirurgicale dans les contusions de l'abdomen.

M. Kirmisson. — Je désire, au sujet de la discussion à laquelle a donné lieu l'intéressante communication de M. Michaux (Voir *Gazette Médicale* du 23 mars 1895), poser ici une simple question : M. Michaux a-t-il apporté son attention sur les troubles de l'excrétion urinaire consécutifs aux contusions de l'abdomen ? A ce sujet, je rappellerai un fait qui m'est personnel, et dont je fus témoin à la clinique chirurgicale de l'hôpital Necker où je suppléais le professeur Le Fort, il y a environ dix ans. Il s'agissait d'un malade atteint d'une contusion grave de l'abdomen, avec une violente douleur dans la région hypogastrique et qui s'accompagna d'anurie. Il n'existait cependant pas de rupture de la vessie. Mais la laparotomie me montra de la péritonite avec une rupture de l'intestin.

M. Reynier. — Il me semble que nous discuterons longtemps sur cette question sans nous entendre. Nous sommes tous d'accord pour intervenir dans les cas graves de contusions de l'abdomen. Soit, mais faut-il, d'une manière générale, aller de suite à la laparotomie ? Il y a des cas où l'intervention s'impose, il y en a d'autres où la temporisation est une excellente conduite qu'on est quelquefois bien heureux d'avoir suivie. En somme, c'est toujours la même difficulté de diagnostic qui se pose : faut-il intervenir aussitôt l'accident, comme le veut M. Michaux, ou ne le faut-il pas ?

J'ai vu ces jours derniers le cas suivant : Un de mes amis, grand amateur de sport, fait une chute d'une hauteur d'un mètre sur une barre de fer. De là, une forte contusion abdominale bientôt suivie de vomissements, de douleurs irradiant dans l'abdomen, de tympanisme et de faiblesse du pouls. J'étais tenté de faire la laparotomie. Je ne l'ai pas faite. Mon ami a guéri.

Ce fait, associé à ceux de quelques-uns de mes collègues, me porte donc à croire qu'il y a lieu de distinguer, comme le dit M. Quénu, des cas où l'intervention immédiate se commande et d'autres cas où il est plutôt indiqué de ne pas intervenir. Ce qui nous arrête, c'est donc seulement la difficulté du diagnostic.

M. Michaux. — Je remercie tous mes collègues qui ont bien voulu apporter leurs observations dans la discussion que j'ai soulevée. MM. Delorme, Quénu et Reynier ne sont pas de mon avis. M. Chaput seul partage mon opinion.

M. Delorme dit que les contusions par coups de pied de cheval

guérissent sans le secours de la laparatomie. Je dirai cependant que tous les chirurgiens militaires ne sont pas de l'avis de M. Delorme et les statistiques de M. Chavasse en sont un exemple. M. Delorme a vu neuf cas de contusions de l'abdomen ; sept ont guéri d'elles-mêmes ; deux autres malades ont succombé faute d'intervention. M. Delorme aurait dû intervenir dans ces deux cas.

M. Quénn dit qu'il n'a vu que des cas légers et dans lesquels la laparotomie n'avait aucune raison d'être. Mais je crois inutile de rappeler que six des cas que j'ai rapportés étaient des contusions graves. Si dans les antres cas plus hénins j'ai fait la laparotomie, je m'empresse de dire que je n'ai pas fait une opération dangereuse et que rien, en somme, ne me prouvait la bénignité des lésions. Evidemment, au début de l'accident, il n'y a pas de différences cliniques hien marquées entre les contnsions graves et les contusions légères. Néanmoins, je déclare que je n'ai jamais dirigé mon intervention avec parti pris, et que je n'ai fait la laparotomie qu'après un examen approfondi du malade. Plus vite j'intervenais, plus vite mon malade guérissait. Cela ne suffit-il pas pour expliquer ma ligne de conduite ?

M. Quénu. — Je n'ai que deux mots à dire : Si, pour décider l'intervention, M. Michaux dit qu'il faut considérer l'intensité considérahle de la contusion, la localisation de la douleur, les caractères cliniques hien déterminés du malade ; si, en un mot, M. Michaux ne veut pas être ahsolu dans ses conclusions, nous serons tous d'accord avec lui. Pour moi, dans la discussion de la dernière séance, je n'ai protesté que contre les conclusions trop absolues de M. Michaux, telles que je les avais lues dans le compte-rendu de la *Semaine Médicale*.

M. Delorme. — Si je ne suis pas intervenu dans les deux cas de contusion grave dont je vous ai parlé, c'est parce que certaines circonstances indépendantes de ma volonté m'en ont empêché.

M. Reclus. — Je m'associe entièrement aux protestations de M. Quénu et je vous rapporterai le fait suivant, quoiqu'il ne présente pas de relations très directes avec le différend actuel. Il y a sept mois, on amène dans mon service un malade qui a reçu un coup de pied de cheval dans la région hépatique. Je le vois dix-huit heures après. Je commence par dire ici que, sur le seul fait de l'intensité de la contusion, j'aurais fait la laparotomie dès le début. Deux signes levaient mes doutes : *a*) il y avait un léger tympanisme dans la région hépatique avec une douleur vive au point où le coup de pied avait porté ; *b*) il y avait dissociation entre l'état de la température et l'état du pouls, la température était de 37° 1, le pouls de 96. Je fis donc la laparotomie à la dix-huitième heure. Je rencontrai une péritonite très avancée avec du pus en train de se former. Je trouvai l'intestin coupé, je l'enlevai, je fis la suture et le malade mourut deux jours après.

Des fistules urétéro-vaginales.

M. Tuffier. — Je désire vous soumettre quelques observations qui m'ont été suggérées par quatre cas de fistules urétero-vaginales. Voici d'abord les observations des quatres malades qui en étaient atteintes :

Le premier cas se rapporte à une femme de trente-six ans, qui avait été opérée d'un fibrôme en décembre 1892. C'est en 1893 que je la vois, porteuse d'une fistule urétéro-vaginale droite (j'insiste sur ce détail), consécutive à l'hystérectomie qu'elle avait subie et compliquée d'hydronéphrose. Cette fistule s'ouvrait dans le cul-de-sac latéral, au fond de l'infandibulum. Appelé à intervenir, j'ai rejeté la néphrectomie, comme un pis-aller, et j'ai ahordé la fistule par voie ahdominale. Après avoir reconnu les artères iliaques interne et externe, je me suis trouvé en présence d'un cordon hleuâtre, occupant en tous points la situation de la veine iliaque, pour laquelle je l'ai pris. Ce n'est qu'après de minutieuses recherches que j'ai vn avoir affaire à l'uretère. J'ai alors fait l'ahouchement de l'uretère dans la vessie, et un an plus tard, j'ai pu constater que la guérison s'était maintenue parfaite.

La seconde malade, dont je veux vous parler, m'était connue depuis plus longtemps que la première. J'avais diagnostiqué chez elle une fistule urétéro-vaginale droite. Lorsque quelque temps après, j'ai voulu l'opérer, j'ai été très surpris de constater que la fistule n'exisiait plus. La malade avait guéri spontanément. J'aurais hésité à vous rapporter ce cas, si je n'en avais trouvé deux exemples dans les auteurs.

La guérison dans le troisième cas a été ohtenue très facilement et rapidement par simples cautérisations au moyen de nitrate d'argent et de chlorure de zinc. Il s'agissait encore d'une fistule urétéro-vaginale droite, consécutive à une incision du cul-de-sac postérieur.

La dernière observation a trait à une malade âgée de quarante-sept ans. Lorsque j'allai à la recherche de l'uretère, je croyai voir le cordon d'apparence veineuse dont j'ai parlé dans mon premier cas. Mais hien au contraire je vis un uretère petit, nullement dilaté. Ici, l'ahouchement de l'uretère à la vessie était impossihle, à cause des adhérences trop fortes qui entouraient l'uretère. Dans ces conditions, j'ai lié ce dernier ; et pendant les huit premiers jours qui suivirent l'opération, tout alla hien, mais le huitième jour, la malade se plaignit de nouveau de sentir un écoulement d'urine dans le vagin. Cette fois j'ahordai l'uretère par le vagin, et ainsi il me fut possible d'agrandir la fistule, ce qui me permit d'amener l'uretère à la vessie, où je l'ai suturé.

Ces quatre observations m'engagent à vous présenter quelques considérations sur l'étiologie, l'anatomie pathologique et le traitement des fistules urétero-vaginales.

En grande majorité, ces fistules siègent à droite ; les quatre dont je vous ai rapporté l'histoire se trouvaient de ce côté, et on peut admettre qu'il en est ainsi huit fois sur dix. A quoi faut-il attribuer ce fait ? On doit simplement incriminer l'un des principaux temps opératoires de l'hystérectomie, à la suite de laquelle apparaissent d'ordinaire les fistules urétéro-vaginales : le pincement des ligaments larges. Il suffit, en effet, d'avoir vu faire quelques-unes de ces opérations pour se rendre compte que le chirurgien n'éprouve pas la même facilité à pincer le ligament droit et le ligament gauche.

Les fistules urétéro-vaginales dépendent ou bien de sections simples de l'uretère, ou bien de sections accompagnées de perte de substance. La section peut être complète ou incomplète, et ce dernier cas est important et intéressant, car il explique la guérison spontanée ou la guérison obtenue par des cautérisations. En effet, lorsque la section est incomplète, seule la paroi inférieure est prise ; la paroi supérieure persistant, on conçoit comment la guérison est possible. Un autre point sur lequel il me semble nécessaire d'insister, c'est l'existence d'un rétrécissement de l'uretère.

C'est un fait dont il faut tenir un très grand compte, car, après l'abouchement de l'uretère dans la vessie, le rétrécissement subsistera avec toutes ses complications comme auparavant, et souvent l'opération aura été inutile.

Le traitement préventif consistera à suturer l'uretère, si, par hasard, on en a fait la section. Toutefois, cette suture ne devra pas rétrécir l'uretère, car on aboutirait ainsi à un rétrécissement cicatriciel. Le moyen d'éviter cet accident est d'ahoucher les deux extrémités de l'uretère latéralement.

Quant au traitement curatif, le procédé de choix me paraît l'abouchement de l'uretère dans la vessie par voie vaginale. Toutefois, cette opération est parfois très difficile, à cause des adhérences que rencontrera l'opérateur. Si l'on ne peut avoir recours à cette manière de faire, il faudra s'adresser à l'ahouchement dans l'intestin, à l'abouchement à la peau ou, en désespoir de cause, à la népbrectomie. Celle-ci, toutefois, ne doit pas être primitive, ni trop tardivement secondaire, à cause des phénomènes infectieux, qui sont à redouter dans cette dernière circonstance.

M. Segond. — La fistule urétéro-vaginale est moins fréquente qu'on ne l'a dit. Ainsi sur 420 hystérectomies que j'ai pratiquées,

j'ai eu deux fois une fistule urétéro-vaginale à coup sûr, et peut-être une troisième fois. Dans ce dernier cas, il s'agissait peut-être d'une de ces fistules qui guérissent spontanément, et dont M. Tuffier vient de nous parler. Je crois comme M. Tuffier que la voie vaginale est la meilleure, lorsqu'il s'agit du traitement curatif de ces fistules ; mais, c'est surtout sur le traitement préventif que je veux m'étendre ici.

Lorsque le col est sain, l'uretère, après avoir doublé le psoas et être arrivé à la base du ligament large, se dégage de ce dernier pour venir se placer à 2 ou 3 centimètres du col. De plus, dans la base du ligament large, l'uretère est entouré d'un lacis veineux inextricable, provenant des veines utérines. Ces veines forment entre l'uretère et l'utérus une sorte de moyen d'union, qui fait que celui-là suit toujours les mouvements de l'utérus. Il faut se souvenir de ces notions pour pratiquer l'hystérectomie. Aussi le mieux est-il de faire l'hystérectomie en deux temps : enlever d'abord le col, ensuite faire le morcellement du corps. Par ce moyen, on respectera facilement l'uretère. On doit, en effet, éviter de faire basculer l'utérus dans sa totalité ; on l'empêchera ainsi d'entraîner avec lui l'uretère qui lui est uni, comme je l'ai dit précédemment. Ceci est tout à fait en contradiction avec ce qu'on a dit sur l'hystérectomie, particulièrement en Allemagne, et me fait donner la préférence à l'hystérectomie en deux temps. Ces faits doivent être d'autant plus pris en considération que lorsque le col est gros, comme il arrive presque toujours quand nous opérons, il se rapproche de l'uretère, et que la blessure de l'uretère est plus à craindre quand l'utérus s'abaisse facilement.

Il faut d'abord enlever le col de l'utérus, dans la pratique de l'hystérectomie.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 29 mars.

De la sérothérapie.

M. Variot. — Les communications de MM. Hutinel et Debove, tout en confirmant mes recherches sur l'élévation de température observée à la suite des injections de sérum antidiphtérique, sont venues montrer que cette hyperthermie n'avait rien de spécial et que les injections de sérum artificiel la produisaient aussi. J'ai observé également les mauvais effets des injections de sérum chez les tuberculeux ; la plupart des décès qui se sont produits au pavillon de la diphtérie présentaient des lésions de tuberculose pulmonaire ou d'adénopathie bronchique caséeuse. Ces poussées de tuberculose dépendent-elles de la diphtérie, comme je l'ai déjà signalé, ou bien du sérum antitoxique? Il semble, et cela est confirmé par la communication de M. Hutinel, que ce soit surtout le sérum.

Les faits de MM. Hutinel et Debove paraissent devoir faire remonter ces effets divers au sérum lui-même en tant que sérum. Je pense au contraire qu'il est difficile de mettre l'antitoxine hors de cause. L'hyperthermie observée à la suite des injections est passagère et précède l'hypothermie définitive qui marque l'heureux effet de l'antitoxine ; il semble bien que ces deux manifestations thermiques doivent dépendre de la même substance.

En outre, les conditions d'observation de MM. Debove et Hutinel portent sur des injections de quantités de liquides plus considérables que celles que nous injectons dans la diphtérie. J'ai eu l'occasion, pour établir un terme de comparaison exact, de faire des injections de sérum de M. Hayem, à la même dose que le sérum antidiphtérique, 20 centimètres cubes. Chez huit enfants, qui ont reçu ces injections, je n'ai pas observé d'élévation de température de plus de 3 à 4 dixièmes de degré, sauf une fois où j'ai observé une élévation d'un degré. A dose égale, avec le sérum artificiel, l'élévation de température est insignifiante, surtout si on la compare avec celle que produit le sérum antidiphtérique.

Ces élévations de température n'ont pas seulement été observées avec le sérum de Roux, Germanig (de Trieste) les a notées avec le sérum de Behring.

En Angleterre, avec le sérum d'Aronsohn, qui parait beaucoup plus actif et est employé à doses bien moindres, Alexander Don (d'Aberdeen) a eu les mêmes effets. Avec 5 centimètres cubes de sérum d'Aronsohn, on a eu une élévation de 101 à 103 degrés Fahrenheit. En pareil cas surtout, il est difficile de mettre sur le compte du sérum seul, la dose étant aussi petite, l'élévation de température notée.

Tout en pensant que l'hyperthermie doit dépendre principalement de l'antitoxine, je sais combien il est difficile d'analyser les effets du sérum, qui contient à la fois des substances salines, des substances albuminoïdes, peut-être des restes de toxines diphtériques, chaque substance pouvant être hyperthermisante. Le sérum est un médicament aussi complexe que l'opium. Il serait désirable qu'on pût en isoler la substance active ; jusque-là l'étude physiologique de ses effets sera forcément incomplète. Je rappellerai à ce propos, en terminant, qu'un médecin de Nantes, M. Bertin, a pu prétendre avoir guéri des diphtéries avec du sérum de cheval non immunisé. D'autre part, Tordens (de Bruxelles) aurait également obtenu des résultats favorables dans la diphtérie avec le sérum artificiel.

M. Galliard, à propos de la réaction thermique consécutive aux transfusions veineuses chez les cholériques, a observé quelquefois, contrairement à M. Hayem, une élévation de température pouvant aller jusqu'à deux degrés. Jamais il n'a dépassé deux litres de liquide chez l'adulte. Un enfant, qui avait reçu 1,600 grammes, a eu une très grosse réaction thermique et des signes de pléthore séreuse. Deux heures après l'injection, l'enfant avait 40°, 200 pulsations, une dyspnée énorme ; il présentait le tableau d'une bronchite capillaire à la période d'asphyxie. La température baissa le lendemain ; l'enfant mourut le sixième jour. M. Galliard a réuni quelques faits observés chez des cholériques qu'il divise suivant que les malades étaient ou non tuberculeux :

1° Cholériques tuberculeux (3 cas). L'un deux a eu une réaction thermique de 36°6 à 37°2, 37°4 et 39°. C'était un homme de 43 ans.

Un second, phtisique au deuxième degré, transfusé le deuxième jour, a eu le soir une élévation de 2 à 3 dixièmes ;

2° Cholériques non tuberculeux.

Chez les cholériques algides, avec ou sans hypothermie rectale, l'élévation de température a été quelquefois de 2 à 3 degrés.

Chez les cholériques avec hyperthermie, l'injection a quelquefois baissé la température.

M. Hayem rappelle que M. Duflocq, dans sa thèse, a rapporté des observations analogues. Il est, du reste, difficile, après la transfusion, de faire la part de ce qui appartient à la réaction naturelle nécessaire et au traitement. Il semble que, dans les veines, les injections, même de quantité considérable de liquide, produisent moins de température que les injections sous-cutanées de M. Debove. Ces mouvements fébriles ne paraissent pas en rapport avec la dose de liquide injectée.

M. Galliard croit que la réaction est proportionnelle à la quantité de liquide injectée.

M. Variot rappelle que les injections de sérum artificiel, aux mêmes doses que celles de sérum antitoxique, n'out produit que des élévations de température insignifiantes : 1 à 3 dixièmes de degré. On n'observe pas également les phénomènes généraux (courbature, malaise) habituels après le sérum antitoxique.

M. Le Gendre. — Je crois que la quantité de sérum antitoxique injectée a relativement peu d'influence sur la température. A la suite d'une réaction thermique violente (41° 5), obtenue avec 9 centimètres cubes de sérum, j'ai baissé les doses et je n'ai injecté que 4 et 5 centimètres cubes chez des enfants de même âge (5 à 6 ans). Les réactions thermiques ont été moins fortes, mais ont continué à se présenter. Il ne s'agit pas là d'un simple effet mécanique, mais d'un phénomème d'ordre toxicologique. Je crois devoir également attirer l'attention sur ce fait que le sérum

que délivre actuellement l'Institut Pasteur est plus actif et que, en continuant les doses indiquées au début, on peut avoir des accidents. J'ai vu, chez un enfant de 8 ans, injecté par un confrère aux doses de 20 centimètres cubes le premier jour et 10 centimètres cubes le lendemain, apparaître, à la suite de la deuxième injection, de l'albuminurie assez marquée (1 gr. 33 d'albumine). Je crois qu'il faut diminuer les doses, comme je l'ai fait pour ma part.

A propos de l'interprétation des élévations thermiques après les injections sous-cutanées en général, M. Bouchard a montré que des substances aseptiques, injectées aseptiquement, pouvaient donner lieu à des accidents d'hyperthermie et de septicémie. La distension des mailles du tissu cellulaire par le liquide injecté favoriserait la pullulation des microbes existant déjà dans l'organisme et, en particulier, au point injecté. Il s'agirait d'une autosepticémie. On sait que la présence des microbes dans les divers points de l'organisme est beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit et la récente communication de M. Nocard sur la présence des microbes dans le sang des animaux en digestion vient encore confirmer ce fait. A l'état normal, ces microbes sont détruits par les phagocytes. Au contraire, un trauma, comme l'injection sous-cutanée, peut favoriser leur développement et créer une sorte d'auto-septicémie. C'est là un nouveau facteur de l'hyperthermie à la suite des injections sous-cutanées que j'ai tenu à rappeler, à côté de ceux tenant aux substances elles-mêmes.

M. Catrin fait remarquer que les résultats différents obtenus par M. Hayem et M. Debove peuvent tenir à la différence du lieu d'injection (veines et tissu cellulaire sous-cutané).

M. Variot est de l'avis de M. Le Gendre, et croit qu'on peut abaisser actuellement les doses de sérum antitoxique employées. D'ailleurs, l'Institut Pasteur recommande actuellement les doses de 10 centimètres cubes au lieu de 20 centimètres cubes. L'élévation thermique et les autres effets, en particulier les érythèmes, sont moins marqués, si on baisse les doses de sérum. Les effets utiles (chute des membranes, etc.) ont été tout aussi marqués avec les doses moindres employées actuellement.

M. Hayem. — L'injection de sérum d'une espèce animale à une autre donne lieu à des phénomènes toxiques, souvent mortels; c'est ce qu'on appelle la toxicité du sérum. Le sérum de chien, même à petites doses, injecté dans les vaisseaux du lapin, amène sa mort rapide. On peut facilement rendre le sérum de chien inoffensif pour le lapin, en le chauffant à 56° et 57°.

Les propriétés toxiques des sérums sont liées à des albuminoïdes qui se transforment isomériquement à 56°, sans modification physique apparente du sérum. Comme le sérum de cheval peut être toxique pour l'homme (Voir plus loin la communication de M. Sevestre), il serait intéressant de voir si, en le chauffant à 56° et 57°, on n'éviterait pas la plupart des accidents signalés, tout en gardant la propriété antitoxique.

Injections de sérum de cheval non immunisé.

M. Sevestre. — Le sérum de Roux provenant du cheval, j'ai cru intéressant d'injecter comparativement du sérum de cheval non immunisé. Ce sérum m'a été remis par M. Méry, de la part de M. Nocard. Je l'ai expérimenté sur 4 enfants atteints d'angines blanches non diphtériques (vérifiées par l'examen bactériologique). Le sérum a été injecté à la dose habituelle (20 centimètres cubes) avec les précautions aseptiques d'usage. Voici le résultat de mes 4 observations, prises par mon interne, M. Meslay :

1° *Phénomènes locaux au point d'inoculation.* — La tuméfaction disparaît très vite. On a observé une légère induration œdémateuse de la grandeur de la paume de la main qui a duré de quelques heures à une journée. Dans un cas où l'irritation locale a été plus marquée, il y a eu une adénopathie passagère (aîne et aisselle du côté injecté). Cette irritation tenait peut-être à un état particulier du cheval qui a fourni le sérum;

2° *Réaction fébrile consécutive.* — Elle a varié de quelques dixièmes de degré à un degré et demi. Dans un cas, elle n'a eu lieu qu'après la seconde injection. Elle est absolument analogue à celle qu'on observe après les injections de sérum de Roux;

3° *Eruptions.* — Sur deux enfants on a observé de l'urticaire, chez l'un d'eux, une plaque large occupait toute la face antérieure du thorax et est survenue cinq jours après l'injection. Dans un autre cas, on a observé une éruption érythémateuse étendue, mais ayant son maximum au niveau des piqûres.

L'action sur l'angine a paru à peu près nulle.

En résumé, la réaction fébrile et les érythèmes paraissent résulter du sérum lui-même et non de l'antitoxine. Je rappellerai à ce propos que M. Bertin (de Nantes) a fait, avec MM. Jouon et Attimon, des essais de traitement de diphtérie avec le sérum de cheval non immunisé; on a observé dans ces cas de l'hyperthermie et des éruptions d'urticaire, consécutivement aux injections.

M. Variot rappelle sa communication, et, tout en pensant que le principal facteur de l'hyperthermie et des éruptions est l'antitoxine, reconnaît que le sérum est un médicament complexe dont il est bien difficile d'analyser les effets. Le sérum fourni actuellement produit moins d'hyperthermie et d'éruptions.

M. Hayem. — Les propriétés du sérum peuvent varier avec chaque animal: autant de chevaux, autant de sérums pouvant différer.

De l'emploi du sous-carbonate de soude pour éviter les accidents du bicarbonate de soude.

M. Ferrand. — Les inconvénients du bicarbonate de soude que j'ai constatés me paraissent tenir à ce que ce sel, qui est neutre, ne devient alcalin que par sa transformation dans l'estomac en sous-carbonate de soude, par l'élimination d'acide carbonique. On ne sait pas quelle proportion exacte subit cette transformation et on a un médicament irrégulier. Je préfère donner le sous-carbonate de soude directement aux doses de 0 gr. 25 à 1 gramme, suivant la quantité nécessaire pour neutraliser l'acidité de l'estomac.

M. Mathieu rappelle que les accidents qu'il a signalés peuvent s'observer avec tous les alcalins et non seulement avec le bicarbonate de soude.

De la nutrition dans la phtisie chronique (1).

M. Albert Robin (note lue par M. Faisans) résume ses recherches dans les conclusions suivantes :

1° Les échanges organiques, envisagés dans leur ensemble, paraissent chez les phtisiques stationnaires ou en voie d'amélioration avoir une activité à peu de chose près égale à celle de l'homme sain;

2° Tout phtisique, chez lequel la moyenne des matériaux solides éliminés par l'urine en vingt-quatre heures descend au-dessous de 30 grammes, peut être considéré cliniquement comme arrivant à la période cachectique au point de vue de sa nutrition;

3° Chez les phtisiques au début ou peu avancés, n'ayant ni fièvre, ni diarrhée, ni sueurs excessives, une augmentation de matériaux solides urinaires indique une suractivité nutritive de bon augure;

4° Dans les mêmes conditions une quantité de matériaux solides, abaissée à 30 grammes ou au-dessous, peut être également considérée comme un signe favorable, à condition que le poids du malade ait augmenté de façon à compenser cette diminution des matériaux solides;

5° Les hémoptysies s'accompagnent presque toujours d'une sensible diminution des matériaux solides. Cette diminution persiste plusieurs jours après la cessation de l'hémorrhagie;

6° Une décroissance graduelle des matériaux solides, sans tendance à l'augmentation du poids du corps, est en rapport avec une aggravation de la maladie;

7° Aux périodes ultimes du 3e degré de la phtisie, la fièvre ne

(1) Ce travail sera publié dans les *Archives de Médecine*.

s'accompagne qu'exceptionnellement d'une augmentation des déchets de l'organisme ;

8° Aux mêmes périodes, certaines complications inflammatoires, comme une poussée aiguë de tuberculose miliaire, une pneumonie, une méningite, loin de tendre à relever le taux des matériaux solides, semblent, au contraire, précipiter leur diminution. L'abaissement subit du chiffre des matériaux solides, à la troisième période, peut donc éveiller l'attention sur l'entrée en scène d'une complication grave ;

9° Chez les phtisiques traités par l'huile de foie de morue à haute dose (méthode de M. Jaccoud), l'abaissement de la quantité et des matériaux solides de l'urine indique la saturation de l'organisme et le moment précis où on doit cesser la médication. L'augmentation des matériaux solides après la cessation de l'huile, sans déchéance du poids gagné pendant la cure, est d'un pronostic favorable ;

10° Les matériaux solides considérés en bloc subissent des variations trop étendues pour que l'on puisse en tirer des indications définitives. Toutefois, le coefficient de déminéralisation organique est plus élevé à la première période de la phtisie. Il tombe à son minimum chez les sujets qui vont succomber ;

11° La déminéralisation, dans la première période de la phtisie et, peut-être, avant l'invasion bacillaire, apporte des documents intéressants à l'étude du terrain de la tuberculose, utiles pour sa thérapeutique et sa prophylaxie.

Traitement par le sérum de la diphtérie à l'hôpital Lariboisière.

M. Gouguenheim résume les observations de son service.

Avant l'emploi du sérum : 135 adultes — 14 décès.
— — 40 enfants — 23 décès.
Depuis l'emploi du sérum : 152 adultes — 3 décès.
— — 48 enfants — 9 décès.

Sur ces 48 enfants, 12 n'avaient pas de bacille de Lœffler, 1 seul est mort après trachéotomie.

10 avaient de la diphtérie pure, 2 sont morts, l'un de bronchopneumonie.

16 avaient de la diphtérie associée à streptocoque, 2 décès.

1 cas associé avec le coli-bacille.

5 cas d'associations multiples, 2 décès.

4 trachéotomies ou diphtéries ont fourni 2 décès.

Le tubage n'a pas été employé.

Les adultes ont fourni 3 décès, 1 cas de forme hypertoxique, 1 dans une angine associée à streptocoques, 1 dans une angine à streptocoques. Les proportions d'angines diphtériques pures ou associées sont sensiblement les mêmes. M. Gouguenheim a noté des éruptions suintantes et squameuses, analogues à l'eczéma, à poussées successives.

Voici les conclusions de son travail :

1° Chez les enfants en bas-âge et chez les adultes, le sérum agit avec une rapidité merveilleuse.

2° On doit employer chez les jeunes enfants des doses modérées, autant de grammes de sérum que l'enfant a de mois d'âge, ne recommencer que si la température s'élève, ou si la respiration est gênée, ce qui est rare si on a le soin d'éloigner les bronchopneumonies. Chez l'adulte, la dose minima peut être sans inconvénient de 20 grammes ; l'augmentation suit les règles indiquées pour la diphtérie des enfants ; c'est surtout quand le larynx est envahi qu'on doit recourir à cette mesure. Dans les diphtéries hypertoxiques, le sérum est sans action.

La diphtérie, sous sa forme bénigne, est bien plus commune qu'on ne le croit, et nombre d'épidémies d'amygdalites folliculaires ne sont autre chose que des épidémies de diphtérie.

L'injection de sérum, à titre de vaccination, peut être pratiquée sans péril.

H. Méry.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 30 mars.

Sérum antistreptococcique.

M. Roger. — Dans une précédente séance, j'ai rapporté l'observation d'une malade atteinte de fièvre puerpérale que j'avais guérie en quarante-huit heures par l'application de la sérothérapie antistreptococcique. M. Charrin et moi nous avons obtenu, depuis, d'excellents résultats dans un cas semblable. Dans les deux cas, nous avons été frappés de la prompte amélioration de l'état général, du sentiment de bien-être éprouvé quelques heures après les injections, du peu de durée de la convalescence.

Nous avons poursuivi ces recherches au cours des autres affections streptococciques. Nous avons ainsi obtenu d'excellents résultats dans un cas d'érysipèle survenu chez un enfant de trois semaines. Or, chacun sait quelle est la gravité de l'érysipèle chez les enfants. Nous avons guéri de même une femme qui, vingt jours après l'accouchement, présentait une angine pseudo-membraneuse à streptocoques.

Ce sont là des faits encore peu nombreux, mais comme ils s'appliquent à plusieurs formes de l'infection streptococcique et que les injections de sérum sont restées innocentes, nous pensons qu'il faut en commencer l'usage dès le début des accidents causés par le streptocoque.

Des effets de la section des nerfs du foie chez les animaux normaux ou rendus diabétiques par l'extirpation du pancréas.

M. Thiroloix. — Des expériences récentes m'ont montré que la section des nerfs du foie amène une diminution notable du volume de cet organe, mais ne détermine pas de troubles sérieux dans la santé des animaux. De même, le pancréas, après énervation, continue à fournir sa double sécrétion externe et interne ou glycogénique. La section des nerfs du foie pratiquée en même temps, avant ou après l'extirpation totale du pancréas, n'empêche nullement l'apparition de la glycosurie. Celle-ci, toutefois, paraît être plus tardive et plus grave que chez les chiens dont le foie possède un appareil d'innervation intact. La section des nerfs du foie, jointe à l'établissement de la greffe pancréatique, permet de créer une glycogénie normale et une glycosurie hépato-pancréatique d'ordre cellulaire.

Sur les atrophies médullaires d'origine centripète.

M. G. Marinesco a examiné la moelle de quatre amputés et chez tous il a trouvé une hémiatrophie, portant à la fois sur la substance grise et sur la substance blanche du côté de l'amputation. Cette lésion va de bas en haut s'il s'agit d'une amputation du membre inférieur ; elle va de haut en bas s'il s'agit d'une amputation du membre supérieur. L'atrophie des fibres exogènes des cordons postérieurs lui a toujours paru avoir une origine réflexe. Il y aurait lieu d'invoquer le même mécanisme pour expliquer l'atrophie des fibres endogènes des cordons postérieurs et latéraux par l'intermédiaire de leur centre trophique.

M. et **Mme Déjerine** communiquent une note sur les connexions du noyau rouge avec la corticalité cérébrale.

M. Mirallié communique les résultats de ses recherches sur le mécanisme de l'agraphie dans l'aphasie motrice corticale, résultats qui sont contraires à l'hypothèse d'un centre graphique et qui montrent que l'agraphie, dans l'aphasie motrice corticale, résulte non pas d'une perte de mémoire de mouvements spécialisés, mais bien du fait que, la notion du mot étant altérée dans leur langage intérieur, les sujets sont incapables d'en évoquer l'image optique correspondante.

J. P.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 14 mars. — Présidence de M. Besnier.

Mycosis fongoïde.

M. Leredde. — Je présente un malade du service de M. Tenneson, atteint de mycosis fongoïde depuis dix-huit à vingt mois. Après une phase érythrodermique, les lésions se sont localisées aux jambes et ont disparu depuis le milieu de 1894. Depuis cinq à six mois, le malade présente de l'urticaire à poussées nocturnes surtout et rebelle à toute médication interne et à l'enveloppement. En ce moment, il semble que certaines lésions érythémateuses aient une tendance à devenir persistantes.

La peau du corps paraît saine. Cependant l'examen histologique de la peau révèle des altérations profondes (lésions du tissu conjonctif, diapédèse périvasculaire, infiltration graisseuse du derme, non colorabilité de la couche cornée par l'acide formique et surtout présence de mastzellen en très grand nombre.)

Le mycosis se révèle donc comme une affection cutanée généralisée, avec lésions diffuses dès son début, même sans érythrodermie, comme j'ai eu l'occasion de le montrer déjà et persistant malgré la répression apparente, la disparition absolue même *des symptômes éruptifs.*

Iodisme syphiloïde.

M. Du Castel présente un malade couvert de lésions qui ont absolument l'aspect de syphilides ulcéro-croûteuses. Ces éléments éruptifs ont débuté par des bulles à l'occasion de la prise d'iodure de potassium. D'ailleurs, l'administration de l'iodure aggrave les lésions.

Une éruption inconnue.

M. Tenneson. — Sur la région dorsale d'un malade existent deux énormes plaques à bords circinés comme s'il s'agissait d'une éruption parasitaire. Ces placards sont formés de la réunion de comédons confluents au sommet desquels existe un petit élément corné saillant, d'où la sensation de râpe fournie par ces plaques à la palpation. Cette éruption bizarre ne répond à rien qui soit connu.

Un cas probable de lupus avec déformation en groin de la face.

MM. Hallopeau et **Jeanselme.** — Cette déformation est due à une tuméfaction énorme avec ulcérations végétantes des lèvres coïncidant avec une destruction des trois quarts inférieurs du nez. Le diagnostic de cette dermatose est resté pendant de longues années des plus obscurs ; on lui appliquait la qualification de problème : dans ces derniers temps seulement l'apparition de nodules d'aspect lupique a permis de reconnaître la nature de la maladie.

Troisième note sur un cas d'altération nécrotique et gangréneuse de l'extrémité céphalique.

MM. Hallopeau et **Le Damany.** — Les auteurs avaient d'abord rapporté ces altérations, en raison de leur unilatéralité et de leur marche en apparence cyclique à une tropho-névrose zostérienne : de nouveaux faits les amènent aujourd'hui à une autre interprétation; leurs conclusions sont les suivantes : il existe une dermatose caractérisée par le développement de boutons rouges, au centre desquels il se forme après décollement de l'épiderme une croûtelle blanchâtre, une ulcération sous-jacente, à bords taillés à pic et tapissés d'un détritus grisâtre putrilagineux. Elle s'accroît excentriquement jusqu'au moment où elle se cicatrise lentement après élimination de la partie mortifiée; la peau peut devenir à leur niveau le siège d'une eschare sèche et noire; ils peuvent devenir le point de départ d'une gangrène étendue; il survient concurremment des adénopathies qui suppurent et donnent lieu à des ulcérations qui prennent également un aspect nécrotique; il se produit en outre des hyperémies régionales avec tuméfaction, induration partielle et menace ou formation de gangrène; les boutons sont généralement groupés en petit nombre, ils affectent surtout l'extrémité céphalique, ils se produisent également sur les parois du thorax et au voisinage de l'anus ; les muqueuses buccale et gutturale présentent des lésions semblables ; l'hypothèse la plus vraisemblable est celle d'une infection de nature encore indéterminée; les examens bactériologique n'ont pas révélé de microbe spécial ; la maladie diffère essentiellement de l'acné nécrotique de Bœck ; elle constitue un type morbide non encore décrit.

Gomme tibiale. — Hérédosyphilis.

M. Feulard présente un enfant de 10 mois offrant les principaux stigmates de l'hérédosyphilis, chez lequel s'est développée, au niveau de l'articulation tibio-tarsienne, une tuméfaction gommeuse fluctuente énorme syphilitique.

M. Jacquet fait remarquer que le gonflement total a absolument l'aspect d'une tumeur blanche.

Il est, en effet, difficile, répond M. Feulard, de faire le diagnostic clinique exact, pourtant l'hérédosyphilis manifeste, la liberté relative de l'articulation même, permettent de penser bien plutôt à une périostite gommeuse de l'extrémité inférieure du tibia qu'à une lésion tuberculeuse.

Laryngite tertiaire précoce.

M. Mendel. — Il s'agit d'une jeune femme de 21 ans qui prit la syphilis en décembre 1893. Il y eut peu d'accidents secondaires; en revanche, les gourmes apparurent rapidement à la jambe, au cuir chevelu, à la lèvre supérieure.

En décembre 1894, le larynx fut atteint à son tour et bientôt la dyspnée devint alarmante. On constatait à l'examen laryngoscopique les lésions suivantes :

Infiltration énorme de la corde vocale gauche, de la fausse corde et de la région aryténoïdienne correspondantes; la glotte n'était plus représentée que par un petit triangle postérieur à peine suffisant pour la respiration.

Trois grammes d'iodure de potassium et une pilule de Dupuytren par jour ne modifièrent pas l'état du larynx : les lésions cédèrent au contraire en quelques jours à l'emploi d'injections de calomel de 0.05.

Cette observation nous a semblé doublement intéressante : par la précocité des accidents tertiaires graves et par l'efficacité si rapide de l'injection de calomel.

M. Mendel présente un cas de chancre bi-narinaire. Il ne semble pas qu'il existe dans les annales de la dermatologie d'exemple de ce genre. Le chancre unique dans cette région est rare, à plus forte raison le chancre double.

Louis Wickham.

LES LIVRES

Chez G. Masson, éditeur.

Traité pratique des maladies des yeux, par M. le Dr Edouard Meyer, 4e édition, entièrement revue et augmentée, 1 volume in-8° avec 261 figures, 12 fr.

La nouvelle édition du *Traité des maladies des yeux* du Dr Meyer a été soigneusement revue et mise au courant de toutes les découvertes dont l'ophtalmologie s'est enrichie dans les dernières années, soit au point de vue de l'étiologie des affections oculaires, soit des indications thérapeutiques qui en résultent. Le lecteur y trouvera les nouveaux traitements antiseptiques, les procédés opératoires les plus éprouvés, et en général toutes les connaissances que l'état actuel de la science peut enregistrer parmi les plus indispensables et les plus utiles.

Par les qualités du style et de la méthode suivie, ce livre a

66e Année. 9e Série. Tome II — N° 15 — 13 Avril 1895

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : Dr F. de RANSE — *Rédacteur en chef :* Dr Pierre SEBILEAU

Secrétaire de la Rédaction : M. Em. EMERY

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 28, rue Vignon

TRAVAUX ORIGINAUX

L'escrime au point de vue médical.

Une heureuse transformation des mœurs a ramené chez nous le goût des exercices physiques, si en faveur autrefois, puis délaissés par un de ces revirements de l'esprit publie auxquels on ne peut trouver d'autre explication que ce motif futile si souvent invoqué, le caprice de la mode. Nous avons en ce moment la preuve de cette transformation dans la diffusion du cyclisme, sport nouveau qui a fait en peu de temps la conquête des pays civilisés, au point qu'on le pratique journellement dans les classes les plus humbles de la société. Cette réaction doit être considérée comme bienfaisante, car elle est conforme aux lois de l'hygiène qui ont pour but avoué et pour fin dernière l'amélioration physique de l'espèce. Elle mérite donc les encouragements des hommes de science, de ceux dont c'est la tâche de montrer la voie, et de combattre toutes les causes d'affaiblissement qui menacent les sociétés comme autant d'organismes voués d'avance à la décrépitude et à la ruine.

L'escrime a eu sa part dans cette recrudescence de faveur qui nous ramène au culte des exercices physiques si goûtés de nos pères. Ses adhérents sont devenus très nombreux, bien qu'en faible minorité par rapport à ceux du cyclisme, beaucoup plus tard entré dans la carrière : chez eux, on peut le dire, la qualité remplace la quantité, car les habitués du fleuret représentent une sorte de sélection, une véritable élite qui se recrute d'ordinaire dans les rangs les plus élevés de la hiérarchie sociale, ceux auxquels l'instruction et l'éducation confèrent une quasi-supériorité. Elle a ses traditions, qui en font un sport réglementé, voire une science spéciale que l'on ne peut apprendre qu'à bonne école et sous la direction de maîtres dûment autorisés. Chose à noter pourtant, elle n'a fourni jusqu'à présent matière qu'à un petit nombre d'observations médicales, bien qu'elle recrute parmi ses partisans nombre de confrères qui sont pleinement qualifiés pour analyser ses effets. Un d'eux, M. le Dr Lecomte, s'est épris de ce sujet et a cru devoir lui consacrer, sous forme de thèse inaugurale, quelques considérations un peu abrégées, mais néanmoins pleines d'intérêt.

Suivant la déclaration placée en tête de son travail, c'est dans la fréquentation des salles d'armes qu'il a puisé l'idée première et les éléments de celui-ci. Il dit combien il a été surpris de voir dans ce milieu disparaître et guérir avec rapidité des ankyloses du cou et de l'épaule, de voir des obèses se débarrasser en peu de temps de leur surcharge graisseuse, des goutteux se préserver du retour de crises autrefois très violentes. Cette initiation toute spontanée l'a conduit à étudier la question au point de vue des applications thérapeutiques : étude opportune, que les gens du métier devront consulter, s'ils ont souci de la qualité de leur enseignement et s'ils veulent éviter le reproche d'empirisme, si voisin de celui d'ignorance. Et d'abord, par un enchaînement logique, il a cru devoir résumer les notions indispensables à connaître : autrement dit, il a cherché à préciser le mécanisme d'action des muscles et des différentes parties du squelette dans cette série de mouvements si complexes que nécessite le maniement du fleuret. Il nous montre ainsi que, chez le tireur, tout le corps entre en jeu, que toutes les parties de l'individu sont exercées, même celles qui semblent au premier abord étrangères à l'exécution des actes que commandent l'attaque, la défense et la riposte. Il résulte de cette coopération d'organes divers, de cette sorte de consensus, plusieurs conséquences importantes : d'abord une suractivité des mouvements du cœur et de la fonction circulatoire, puis une augmentation de la tonicité générale des muscles, sous l'influence de contractions répétées et énergiques. En même temps l'appareil de la vision est appelé à fournir tout ce qu'il peut donner ; car il faut que l'escrimeur puisse d'un coup d'œil suivre les mouvements simultanés de l'adversaire, les évolutions de l'arme qu'il dirige sans relâche contre lui. La main elle-même gagne en sensibilité, les sensations qu'elle donne se perfectionnent, si bien que le tireur arrive à *voir* par le tou-

cher, par le contact du fer, et emprunte à cette source des idées très exactes sur les intentions et sur les décisions imminentes de l'adversaire.

Et ce n'est là qu'une partie des effets de l'escrime. Celle-ci exerce une influence visible sur les attitudes du corps, et c'est même là que réside l'explication d'une partie de ses bienfaits. Dans cet ordre d'idées elle joue un rôle incontestablement utile. Ainsi, chez l'homme sain, elle raffermit le port de la taille et la démarche, à laquelle elle imprime ce cachet d'assurance et d'aisance qui donne l'impression de la santé et de la force. Chez d'autres, elle modifie les attitudes vicieuses, elle redresse la taille, en effaçant certaines courbures anormales dont l'aspect éveille nécessairement l'idée de dégradation physiologique et de faiblesse.

Ce rôle de correctif, l'escrime ne l'exerce d'ailleurs que dans de justes limites, suivant la judicieuse remarque de M. Lecomte, car elle ne tend pas à faire des muscles puissants et massifs, comme d'autres exercices qui supposent une pratique plus brutale et des contractions moins graduées (haltères, gymnastique à appareils, canotage) : elle n'exagère pas outre mesure leur développement, mais elle les rend plus dociles à la volonté, plus aptes à produire des mouvements rythmés et coordonnés, aussi bien légers que violents. On n'a, pour s'en convaincre, qu'à suivre les phases d'un assaut entre tireurs de profession. Donc, synergie entre les organes créateurs des mouvements et les mouvements eux-mêmes, adaptation des uns aux autres : voilà le résultat majeur, principal, de la pratique des armes bien comprise ; et, dès lors, on n'a nulle peine à comprendre l'influence favorable de celle-ci vis-à-vis de certaines attitudes vicieuses et de certaines déformations. Conformément à cette donnée, M. Lecomte a vu disparaître des raideurs et des ankyloses jusque-là réfractaires à tous les autres moyens de traitement. C'est là un premier résultat qui n'est nullement à dédaigner.

Il y a encore autre chose. L'assaut, cette image du combat, dit M Lecomte, porte au suprême degré l'intensité et la rapidité des mouvements auxquels il sert de prétexte et dont il est le but ; de plus, il introduit dans l'agencement et dans le travail de coordination de ces mouvements multiples le puissant attrait des combinaisons intellectuelles. Le cerveau entre en scène à son tour et participe à l'action, l'escrime devient ainsi non seulement un exercice, mais encore une grande distraction. L'attention du tireur est sollicitée à chaque minute, par la nécessité de juger une situation qui change incessamment, et de la juger avec rapidité et précision, aussi bien que par l'obligation de commander aux mouvements de la main, laquelle devient une tacticienne habile, déjouant ou tendant elle-même des pièges à l'adversaire. C'est là le côté psychique, ce que M. Lecomte appelle le *rôle cérébral* de l'escrime, rôle utile, complément indispensable de l'activité musculaire. On pourrait insister sur cette face de la question, et mettre en relief ce rôle intellectuel d'un des exercices les plus nobles que l'homme ait imaginés. Il nous semble que c'est par là que l'escrime est supérieure aux autres sports, ses égaux peut-être au point de vue simplement physique, car ni la gymnastique, ni le canotage, ni la bicyclette ne peuvent lui être comparés sous le rapport de l'excitation intellectuelle et de l'entraînement psychique. Aucun de ces exercices n'exige au même degré la sûreté du coup d'œil, laquelle implique une activité cérébrale sans cesse en éveil. Là réside, selon nous, le secret de sa véritable supériorité, et c'est précisément cette notion qu'il convient de mettre en relief, quand on parle de l'escrime et de son influence sur l'organisme.

De ces considérations très générales, on peut tirer quelques conclusions relatives aux applications thérapeutiques dont l'escrime est susceptible. Remarquons d'abord qu'un de ses premiers effets, c'est le développement de tous les muscles qui concourent à l'action. Des mensurations exactes donnent sur ce point des informations précises, car elles démontrent l'augmentation de circonférence des membres, notamment des cuisses et des mollets, ce qui ne peut s'expliquer que par l'accroissement des masses musculaires soumises à un travail intensif et répété. On a constaté, toutefois, que cet accroissement est plus marqué du côté droit que du côté gauche et quelques auteurs, rapprochant ce fait d'une certaine inclinaison de la taille et d'une certaine courbure de la colonne vertébrale, en ont fait une objection, sinon contre l'escrime elle-même, du moins contre la manière dont elle se pratique. Mais cette critique n'a qu'une faible valeur, si l'on considère que l'escrime n'a nullement le monopole de semblables déformations et qu'on retrouve celles-ci à un degré bien plus marqué chez les individus qui pratiquent d'autres genres de sports, tels que l'équitation, le canotage, et surtout chez les professionnels de la vélocipédie. D'ailleurs, il est probable qu'elles sont le résultat d'un enseignement défectueux, bien plutôt que celui de l'exercice lui-même. M. Lecomte insiste sur ce point et dit que le jeu de l'escrime, tel qu'il doit être compris, n'entraîne pas de déviation latérale du rachis ni d'aplatissement du thorax, pas plus que d'abaissement. Il ajoute même qu'il n'y a pas d'exercice qui puisse rivaliser avec elle pour le développement harmonique, sculptural, plastique, des formes extérieures du corps. C'est peut-être là une peinture un peu flattée, mais l'hygiéniste en retiendra cette notion du développement physique, qui est d'une importance toute particulière. Aussi l'escrime nous apparaît-elle comme un excellent moyen de favoriser la croissance et d'accroître l'impulsion nutritive qui, d'après les lois de l'harmonie préétablie, doit assurer l'intégrité, la force et le bon fonctionnement des organes. De là son utilité chez les enfants arriérés, chez les adolescents enrayés dans leur développement, chez tous ceux qui portent l'empreinte d'une hypotrophie constitutionnelle héréditaire ou acquise, car elle représente un exercice complet, elle met en jeu toutes les parties constituantes de l'anatomie humaine, elle intéresse tous les systèmes dont le fonctionnement régulier concourt à l'entretien de cette résultante qui s'appelle la vie. Inutile d'insister sur ce point, ce serait s'exposer à des redites et encourir justement le reproche de banalité.

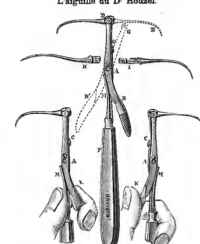
Pour les autres applications médicales, les notions sont moins précises, plus livrées aux appréciations individuelles, ce qui tient peut-être à ce que la question n'a pas été l'objet d'une enquête méthodique et suivie. On est certainement fondé à attribuer à l'escrime, comme à toutes les méthodes d'entraînement physique, une influence sur les combustions et sur les échanges interstitiels, notion qui légitime d'avance son application au traitement des mala-

dies du groupe humoral, de celles que Bouchard a catégorisées d'une manière peut-être un peu factice sous la rubrique de « maladies par ralentissement de la nutrition »; exemples : l'obésité, la goutte, le diabète, tous états dans lesquels on soupçonne avec vraisemblance un défaut de proportion entre la recette et la dépense, tantôt sous forme de matériaux non utilisés, tantôt par le mécanisme d'une désassimilation insuffisante des matériaux destinés à entretenir les combustions intimes des tissus. Ici, la notion de la cause impose l'intervention des méthodes d'entraînement, comme un des meilleurs moyens propres à rétablir cet équilibre nécessaire dont la rupture s'affirme par des conséquences pathologiques de toutes sortes. Sur ce point, l'accord doit être à peu près complet.

Dans un autre ordre d'idées, c'est une influence de tonicité qui entre en jeu, une sorte d'action dynamogénique qui s'adresse à tous les territoires organiques placés sous la dépendance plus ou moins directe du système nerveux. Ainsi, c'est avec raison que l'on pense pouvoir réveiller par ces moyens les contractions intestinales et modifier ainsi l'atonie du tube digestif, avec ses conséquences ordinaires, la dilatation de l'estomac et la constipation. D'autre part, c'est une action indirecte sur le moral, en vertu de laquelle on peut modifier des états psychiques défectueux dont le point de départ doit être cherché dans une tension d'esprit excessive et habituelle, ou dans des préoccupations d'un ordre pénible, dans des émotions répétées. M. Lecomte cite à cet égard trois observations personnelles : une relation à un cas d'hypochondrie amélioré par la pratique du fleuret, deux autres ayant trait à des migraineux qui virent leur névrose douloureuse disparaître sous l'influence du même moyen. On peut rapprocher de cette action les bons effets obtenus vis-à-vis de certaines habitudes morbides, telles que l'onanisme qui, par parenthèse, n'est souvent lui-même qu'un signe de tare héréditaire et de dégénérescence mentale. Dans ce dernier cas, on ne saurait trop recommander un moyen qui agit presque à coup sûr, par l'influence combinée de la diversion morale et de la fatigue physique. Ici encore, M. Lecomte cite une observation personnelle qui ne laisse aucun doute sur la réalité de cette action thérapeutique.

On pourrait allonger encore cette liste des applications médicales de l'escrime : rappeler, par exemple, qu'elle est un des moyens les plus rationnels et les plus sûrs pour modifier certaines incurvations anormales des membres, comme celles qui succèdent au rachitisme, et certaines scolioses dont l'origine doit être cherchée, soit dans un trouble nutritif du système osseux, soit dans la pratique de certaines attitudes vicieuses (déformations scolaires). Mais cette énumération nous entraînerait trop loin, et, d'ailleurs, elle ne servirait guère la cause visée, car à citer tant de maladies comme justiciables de la thérapeutique du fleuret, on pourrait croire que nous obéissons à un parti pris et que nous nous laissons entraîner au penchant naturel qui porte tous les hommes convaincus à multiplier, au delà de la vraisemblance, les arguments favorables à leur thèse. Ce reproche ne serait peut-être pas dénué de fondement, et on est tenté de l'adresser au travail de M. Lecomte, travail qui parfois semble inspiré par une idée systématique et fait un peu l'effet d'un plaidoyer *pro domo suâ*. Le vieux proverbe : *Qui veut trop prouver ne prouve rien*, trouverait dans ce cas une légitime application. Il est donc préférable de restreindre les conclusions, en n'acceptant que les faits rigoureusement démontrés. Après ce travail de sélection, il restera encore assez d'arguments pour établir que l'escrime, méthodiquement pratiquée, est un véritable bienfait et, que sous le rapport physiologique, elle peut soutenir la comparaison avec les sports les plus vantés, si même elle ne leur est supérieure. P. M.

L'aiguille du Dr Houzel.



M. le Dr Houzel présente à la Société de chirurgie une nouvelle aiguille qu'il a fait fabriquer par M. Mariaud.

Depuis longtemps, plusieurs aiguilles et porte-aiguilles de formes diverses ont été imaginés pour faire les sutures, mais ils ont dû être successivement éliminés, comme ne remplissant pas véritablement les conditions de simplicité et de propreté voulues, surtout depuis la nouvelle méthode antiseptique.

L'instrument que nous vous présentons comblera-t-il cette lacune ? Nous l'espérons. La grande facilité du démontage de toutes les pièces qui le constituent ne laisse rien à désirer au point de vue de l'antisepsie. Ces avantages principaux sont :

1° De pouvoir monter sur le manche très rapidement autant d'aiguilles de rechange, genre Reverdin, de forme et de grandeur désirées suivant les besoins nécessités par l'opération que le chirurgien a à pratiquer;

2° L'instrument fonctionne en deux temps au lieu de quatre qu'il y a dans l'aiguille de Reverdin ;

3° Le chas de l'aiguille étant constamment fermé, l'opérateur n'a pas à craindre que le chas s'ouvre pendant qu'il transpercera les lèvres de la plaie, ce qui arrive fréquemment avec l'aiguille de Reverdin et en occasionne souvent la brisure :

4° Les aiguilles se montent indistinctement à droite ou à gauche, ainsi que le montre le pointillé sur la figure.

La nouvelle aiguille se compose : d'un manche en métal F muni d'un ressort M, d'une pédale B démontable à volonté en A, au moyen de notre nouvelle articulation. L'extrémité supérieure de la pédale porte un trou G dans lequel entrent les goupilles placées à l'extrémité inférieure des aiguilles.

Pour monter chaque aiguille, il faut tirer en arrière le bouton C, engager la goupille de l'aiguille I dans le trou du manche D, pousser à fond et pousser également de bas eu haut le bouton C.

L'aiguille n'exige aucun mouvement préparatoire, il suffit de peser sur la pédale B avec un doigt pour engager le fil dans le chas lorsque l'aiguille a passé au travers des tissus.

REVUE MÉDICALE

Maladies infectieuses.

I. Des urines dans la scarlatine. — Leurs principaux caractères, par M. G. Pau. Th. Paris, 1894.

II. Du pronostic éloigné des manifestations rénales de la scarlatine, par M. Alfred Eid. Th. Paris, 1894.

III. Association de la rougeole et de la scarlatine, par M. Etienne Paquet. Th. Paris, 1894.

IV. Complications de la rougeole sur les séreuses, par M. Varangot (Stanislas). Th. Paris, 1894.

V. Les éruptions de la varicelle, par M. Clarandon Marie. Th. Paris, 1894.

VI. Essai sur les complications intestinales de la variole, par M. Georges Besnier. Th. Paris, 1894.

VII. Contribution à l'étude des fièvres éruptives. — Les rechutes ou récidives à brève échéance dans la variole, par M. Paul Sepet. Th. Paris, 1894.

VIII. Statistique de la mortalité par variole en Angleterre de 1871 à 1892. — Bienfaits de la vaccine, les ligues antivaccinatrices, par M. Louis Théry. Th. Paris, 1894.

La bactériologie des fièvres éruptives n'est pas élucidée. Trouvera-t-on pour chacune d'elles un microbe spécifique ou dépendent-elles d'un microorganisme vulgaire dont les toxines sont parvenues à exercer des effets très différenciés? Pour la scarlatine, au moins, il semble que la question soit en voie de solution. La récente communication de M. André Bergé à la Société de Biologie témoigne d'une orientation d'idées qui tend à enlever à la scarlatine le privilège d'un germe pathogène spécifique. L'hypothèse que cette dernière fièvre éruptive est provoquée par le streptocoque ne soulève plus que des protestations d'une énergie atténuée.

I. — M. Pau nous entretient des urines dans la scarlatine. L'élimination de l'urée très abondante (40 à 50 gr.) à la période d'état tombe jusqu'à sept grammes en cas d'albuminurie secondaire. L'augmentation de l'acide urique au cours de la maladie est plus apparente que réelle et tient à la concentration de l'urine. Les chlorures sont diminués, ainsi que l'acide phosphorique ; les sulfates ne suivent pas les modifications de l'urée et leur proportion ne serait pas augmentée.

II. — La scarlatine exerce-t-elle une action éloignée sur le rein? Tel est l'avis de M. Eid. Pour lui, les manifestations rénales éloignées de la scarlatine répondent à plusieurs types, commandés avant tout par le degré de l'altération anatomique du rein. Il s'agit tantôt du mal de Bright plus ou moins précoce, tantôt d'albuminurie transitoire. L'auteur insiste sur la diète lactée recommandée par MM. Jaccoud et Ziégler comme moyen préventif des manifestations rénales de la scarlatine. D'après notre expérience personnelle, il nous a paru que la diète lactée ne suffisait pas à empêcher la production de la néphrite scarlatineuse; il faut tenir grand compte de la constitution médicale; les toxines qui déterminent la lésion rénale sont sécrétées en proportions très inégales suivant les épidémies et l'albuminurie apparaît avec œdème quel que soit le régime diététique employé. Par contre, la néphrite une fois constituée a de la tendance à passer à l'état chronique si le régime lacté n'est pas observé.

III. — Bien intéressante, la coexistence de plusieurs fièvres éruptives sur le même sujet. Comment ces maladies prennent-elles place, sans gêner leur évolution simultanée? Quand il s'agit d'une association de la rougeole et de la scarlatine, chacune de ces fièvres éruptives peut suivre l'autre. En cas de scarlatine consécutive à la rougeole, l'éruption rubéolique est parfois difficile à reconnaître, l'exanthème étant plus ou moins marqué par une éruption miliaire. Que si la rougeole se complique de scarlatine, l'éruption scarlatineuse est souvent très limitée. Donc atténuation de l'exanthème par lequel se manifeste la fièvre éruptive seconde. Voilà la caractéristique de ces associations morbides qui combinent encore leur action de façon à rendre les malades plus vulnérables vis-à-vis la diphtérie.

IV. — Les complications sur les séreuses sont rares dans la rougeole. M. Varangot nous apprend qu'elles s'observent dans la portion de 1 0/0. Ce chiffre nous paraît même un peu élevé. Les séreuses viscérales sont d'ordinaire touchées. Epanchement inflammatoire sous-arachnoïdien et intra-ventriculaire, pleurésie insidieuse le plus souvent séreuse, péricardite avec épanchement de 50 à 80 grammes, constatés à l'autopsie : telles sont les complications que décrit l'auteur et dont la fréquence augmente au cours de certaines épidémies particulièrement malignes.

V. — En attendant qu'on soit fixé sur la place qu'il convient d'accorder à la varicelle dans le cadre nosologique, nous voulons parler des liens de parenté que cette fièvre éruptive accuse avec la variole, M. Claradon Marie s'attarde sur les variétés de l'éruption varicelleuse. On sait qu'à côté des vésicules typiques persistent à l'occasion, des éléments avortés sous forme de papules ou de vésicules miliaires; que des rash scarlatiniformes, plus rarement rubéoliformes peuvent précéder ou accompagner l'éruption; que cette dernière, envahie par les agents des infections secondaires, affecte parfois la forme suppurée, hémorrhagique ou gangréneuse.

VI. — La constipation est le symptôme intestinal prédominant dans le cours de la variole. Les hémorrhagies intestinales, comme la diarrhée, plutôt qu'à une pustulation variolique sur l'intestin, tiennent à des lésions congestives et catarrhales et ne se rencontrent guère que dans les formes confluentes. En général l'importance des troubles intestinaux ne s'impose qu'autant que la maladie se prolonge.

VII. — Pas plus que la scarlatine, ou la rougeole, la variole ne confère une immunité absolue. M. Sépet nous fait l'histoire des rechutes ou récidives varioliques à brève distance et démontre que la symptomatologie de ces rechutes ne diffère en rien de celle observée dans les varioles ordinaires. Des varioles confluentes, des varioloïdes, des varioles modifiées apparaissent après la première atteinte de la maladie qui, en général, a été discrète. L'auteur explique le développement d'une nouvelle éruption au moment de la convalescence soit par une contagion nouvelle chez un sujet ne jouissant pas de l'immunité, soit par une réviviscence des germes pathogènes absorbés et dont une manifestation première n'avait pas épuisé l'action.

VIII. — Bien des hommes prétendent se tailler une originalité dans le contre-pied qu'ils prennent des opinions reçues. Ils n'établissent pas la différence entre l'esprit de contradiction et la spontanéité intellectuelle. Cette confusion est tout à leur avantage,

puisqu'elle leur permet de faire parler d'eux sans qu'ils dépensent grand effort cérébral. Les antivaccinateurs sont de ces gens-là. Grâce à la toute puissance qu'ils ont acquise en Angleterre, M. Théry redoute que, dans un avenir plus ou moins prochain, la variole ne recommence à exercer ses ravages.

Dr Ch. Fiessinger (d'Oyonnax).

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 10 avril. — Présidence de M. Théophile Anger.

Des fibrômes de la paroi abdominale.

M. Reclus complète l'observation d'un malade qu'il avait présenté à la dernière séance de la Société. Ce malade, opéré en 1883 par M. Verneuil, avait, à ce moment, une petite tumeur mobile et indolente au niveau de la paroi abdominale. Bientôt, cette tumeur se mit à grossir, elle devint en même temps douloureuse, donnant lieu à des crises névralgiques. Elle arriva à occuper toute la fosse iliaque, remontant jusqu'à l'ombilic, et donnant la sensation d'un envahissement profond. M. Verneuil se décida à intervenir, et fit une résection de plusieurs plans de la paroi; il ouvrit le péritoine, coupa l'ouraque et le cordon spermatique, lia l'épiploon, découpa les adhérences qui unissaient la tumeur à l'intestin, mais dut laisser une partie de la tumeur trop adhérente aux vaisseaux iliaques pour qu'on pût l'extirper.

La guérison fut longue à obtenir; l'observation de ce malade, consignée dans une thèse, dit même que la fosse iliaque se remplit à nouveau par repullulation de la partie de la tumeur qu'on n'avait pu enlever.

Le malade était perdu de vue, lorsque j'eus l'occasion de le revoir il y a quelques mois. Il avait à ce moment une tumeur de de la grosseur d'un œuf de poule.

Ce fait m'a engagé à examiner la question du pronostic des tumeurs de la paroi abdominale. On a voulu les diviser en bénignes et malignes, celles-ci étant caractérisées par leur marche rapide et des phénomènes douloureux. Mais il faut bien savoir que l'histologie montre que ces tumeurs malignes sont du fibrôme pur. D'autre part, ces tumeurs récidivent-elles? En général, c'est l'opinion courante. L'on pense que si l'on n'enlève pas la tumeur complètement, la récidive se produira. M. Michaux, toutefois, ajoute que, si l'ablation est totale, il n'y aura pas de récidive. M. Segond a heureusement résumé l'opinion courante en disant: Il vaut mieux ne pas opérer ces tumeurs que de faire une opération incomplète.

Cependant, si l'on consulte les observations qui ont paru sur ce sujet, l'on verra que dans celle de Gosselin, le malade a bien guéri; que dans celle d'Esmarch, la guérison fut également obtenue, que le malade enfin qui fait l'occasion de cette communication est en bonne santé. On peut encore citer une autre observation où l'on avait laissé une partie de la tumeur, et qui cependant guérit.

Donc, il y a des tumeurs de la paroi abdominale qui guérissent, des tumeurs à bon pronostic, même quand on fait une extirpation incomplète, et quand la tumeur semble avoir les allures d'un néoplasme malin.

M. Segond. — J'approuve pleinement M. Reclus, quand il nous dit que la guérison peut suivre une ablation incomplète. Mais il ne faut pas en conclure qu'on ne doive, quand on le peut, faire l'ablation totale. Quant aux observations qu'a citées M. Reclus, elles ont perdu de leur valeur depuis que nous ne redoutons plus l'ouverture du péritoine, et que nous la faisons volontiers dans le traitement des tumeurs de la paroi abdominale.

M. M. Sée. — Je me souviens d'avoir opéré une de ces tumeurs, qui me semblait sous-cutanée. Malgré toutes les précautions que j'avais prises, le péritoine fut ouvert. Toutefois, il n'y eut pas d'accident, et la malade regagna son pays en bonne santé. J'ai appris plus tard qu'il y avait eu récidive, et que cette récidive avait emporté mon opérée. Et cependant, j'avais enlevé le fibrôme en entier.

M. Quénu. — On croit quelquefois avoir laissé une partie de la tumeur, et cependant tout a été enlevé. Cela tient à une disposition anatomique que je veux vous signaler. J'ai, en effet, eu à opérer, il y a peu de temps, un fibrôme développé aux dépens de l'aponévrose du droit antérieur de l'abdomen. Le muscle sous-jacent était atteint de myosite, et l'on aurait parfaitement pu croire que ce muscle était encore une partie de la tumeur. Qu'on n'ait pas fait l'ablation complète du muscle en question, et l'on supposerait avoir laissé une partie de la tumeur.

M. Reclus. — Ma communication visait spécialement une question de pronostic. Comme M. Segond, je crois que, s'il est possible, il faut tout enlever. Mais aussi faut-il savoir qu'il vaut bien mieux laisser les portions de tumeur qui pourraient avoir contracté des adhérences avec les vaisseaux iliaques, que de pratiquer la résection de ces derniers dans le but d'extirper la tumeur en entier.

La gastroentérostomie par le bouton de Murphy.

M. Monod. — Je veux vous présenter deux observations de gastroentérostomie par le bouton de Murphy, qui ne m'ont pas donné des résultats aussi encourageants que ceux qui ont déjà été enregistrés.

Dans la première observation, il est vrai, il s'agit d'une malade où l'intervention a été faite trop tardivement, et où je ne suis intervenu que sur la volonté de la malade. C'était une femme de 49 ans, atteinte de cancer depuis dix-huit mois, incapable même de garder le lit. Après l'opération, j'ai pratiqué une transfusion de sérum; le lendemain, une seconde; et le troisième jour enfin, une dernière. Trois jours après l'opération, elle mourut. Le bouton de Murphy avait permis une communication des deux organes sans laisser aucune lacune. Il n'y avait en effet dans le péritoine aucune trace de sang, alors que dans l'estomac nous avons trouvé, à l'autopsie, un épanchement sanguin.

La seconde femme dont il s'agit avait 32 ans. Le cancer datait de mars 1894, l'état général était bon, assez bon du moins pour que ma malade pût supporter l'opération. C'est le 21 février que je la pratiquai. Le seul incident à signaler, c'est l'apparition de selles sanglantes, au nombre de dix à peu près, et l'absence de vomissements. Il n'y eut pas de vomissements, donc le bouton de Murphy permit à ma malade de se débarrasser de son sang par l'intestin. C'est là un avantage incontestable. Les suites opératoires furent très bonnes. Mais ma malade n'a pas rendu son bouton, sans que je puisse en expliquer la raison. Je dois dire, toutefois, que j'ai employé un bouton de vingt-trois millimètres au lieu de vingt et un millimètres.

La technique à laquelle j'ai eu recours est celle que j'ai toujours suivie: refoulement du grand épiploon dans l'arrière-cavité, colopexie du côlon transverse, fixation du jéjunum à la grande courbure. La gastroentérostomie elle-même a duré vingt minutes dans un cas, vingt-trois dans l'autre; l'opération en entier, trente à trente-cinq minutes.

Des fistules urétéro-vaginales.

M. Poirier. — Comme l'a fait remarquer M. Segond, l'uretère, près de sa terminaison, est entouré d'un plexus veineux important; mais ce plexus est situé à 3 centimètres de l'utérus; je ne crois donc pas, et cela résulte plus de mes recherches cadavériques que des opérations d'hystérectomie que j'ai faites et qui ne s'élèvent qu'à 36, je ne crois pas, dis-je, que ce soit en pinçant l'utérus qu'on pince l'uretère. Le pincement de l'uretère me paraît avoir une autre origine; il est enveloppé de veines, comme je l'ai dit, mais j'ajoute que ces veines sont très fragiles et qu'elles se

déchirent par suite d'un décollement trop étendu. C'est contre l'écoulement provenant de cette déchirure qu'agit le chirurgien et c'est alors qu'il pince d'ordinaire l'uretère. Les pinces utérines ne font courir de risque à l'uretère que si celui-ci est dévié de sa position normale ; des injections nombreuses faites dans les uretères m'ont, en effet, montré qu'il se coudait assez souvent, puis se dilatait à la base du ligament large. C'est précisément cette dilatation que vient mordre la pince. Le même fait pourrait se produire dans les cas d'uretère double ; mais alors ils ont tous deux la forme et la direction du conduit normal.

Peut-être pourrait-on aussi incriminer, dans certains cas, la pince placée au fond de l'utérus, à la fin de l'opération.

M. Quénu. — Je ne crois pas, comme M. Segond, que le procédé de Péan mette plus à l'abri des fistules urétéro-vaginales que le procédé de Doyen. Au contraire, le procédé de Doyen me semble préférable.

Non seulement la section médiane ne blesse pas l'uretère, à mon sens, mais encore elle me paraît prévenir la production de fistules urétéro-vaginales, en empêchant l'emploi de pinces complémentaires, d'après le mécanisme qu'a fait comprendre M. Poirier. Je vois donc dans le procédé de Doyen une véritable garantie.

M. Routier. — Je regrette que M. Tuffier, dans sa communication, ne nous ait pas dit quel avait été le procédé opératoire employé, quand se sont faites les fistules urétéro-vaginales qu'il nous a rapportées.

Pour moi, je n'en ai vu qu'un cas, qui s'était produit vingt-deux jours après une hystérectomie que j'avais pratiquée. C'était une fistule droite, avec rein flottant et douloureux. Cependant, cette fistule n'a pas dû être faite pendant l'opération, car, pendant vingt et un jours, toute l'urine s'est régulièrement écoulée par l'urèthre. J'ai dû recourir, pour en venir à bout, à la néphrectomie.

M. Tuffier nous dit que la prédominance des fistules droites vient de ce que l'on éprouve plus de difficulté pour mettre la pince sur le ligament large droit. Soit, mais encore devrait-il nous dire par quel procédé il a fait ses hystérectomies.

Je commence mes hystérectomies par l'ouverture du cul-de-sac postérieur. Dans ce premier temps de l'opération, je n'ai jamais blessé l'uretère.

Je me souviens avoir un jour fait l'incision du cul-de-sac latéral droit, croyant que la suppuration bien évidente de la fosse iliaque droite s'étendait jusque-là. Mon incision ne donna issue qu'à de l'urine ; j'avais blessé la vessie, mais la fistule guérit seule.

Dans la communication de M. Tuffier, je trouve beaucoup de faits hypothétiques, qui auraient demandé à être vérifiés de plus près. M. Tuffier, en effet, insiste sur les fistules complètes et incomplètes de l'uretère. Mais en est-il bien certain ? Il me semble que le diagnostic de fistule urétérale est déjà assez difficile à faire pour qu'on n'aille pas encore jusqu'à en diagnostiquer la variété. Je ne suis pas non plus de l'avis de M. Tuffier, quand il nous dit qu'un rétrécissement de l'uretère amène la perte du rein ; je ne considère pas le fait comme exact dans la généralité des cas. Si j'avais à traiter une fistule urétéro-vaginale, comme M. Tuffier, je commencerais par les moyens simples : cautérisations, etc. Je ne réserverais la néphrectomie que pour les cas où les autres traitements auraient échoué.

M. Bazy. — Je n'ai pas l'intention de m'étendre sur la pathogénie des fistules urétéro-vaginales. Seul, le traitement m'occupera. Sans insister longuement sur la guérison spontanée et la guérison par cautérisation, je veux parler des procédés opératoires. Il y a deux voies possibles : la voie vaginale et la voie abdominale.

M. Tuffier donne la préférence à la première, mais cependant il est bien difficile de travailler au fond d'un vagin. Dans ce genre d'opérations, deux éléments sont à considérer : obtenir la guérison de la fistule, assurer l'intégrité du rein. Ce dernier point est surtout fort important, et on ne peut y arriver que par l'emploi de deux méthodes : suture de muqueuse à muqueuse et réunion par première intention.

Les procédés par la voie vaginale n'arrivent précisément pas à obvier à ces rétrécissements; et, en laissant un rétrécissement, on laisse subsister un danger pour le rein. C'est une néphrectomie à longue échéance.

La voie abdominale offre plus de facilité au point de vue opératoire. De plus, on ne se trouve pas en présence des mêmes complications tardives qu'avec la voie vaginale. Toutes les opérations, en effet, que j'ai faites par cette méthode, ont guéri, et ont guéri radicalement. C'est donc la bénignité de l'opération et la facilité opératoire qui me font donner la préférence à la voie abdominale.

M. Monod présente un malade à qui il a pratiqué une gastro-entérostomie par le bouton de Murphy, et qui se porte bien actuellement.

Il présente un autre malade à qui il a fait un empyème en réséquant les côtes sur une large étendue, d'après le procédé de M. Delagénière. Le malade, qui était très mal au moment de l'opération, est aujourd'hui en bonne santé.

M. Quénu présente un cas de fracture de la rotule traitée et guérie par le massage, avec cal fibreux fort court. **M. Lucas-Championnière,** à ce propos, dit qu'il considère le massage comme un bon traitement, dans le cas où la suture ne trouve pas suffisamment d'indications. **M. M. Sée**, enfin, plaide en faveur de l'usage de la bande de caoutchouc. J. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 9 avril.

Sur un androgyne.

M. Hallopeau. — Voici un sujet androgyne qui contraste avec celui que M. Péan nous a présenté dans la dernière séance. Le sujet de M. Péan était une femme avec une voix et des allures masculines. Mon sujet est un homme avec divers attributs féminins. Sur le registre de l'état-civil, il a été inscrit comme fille. Ses organes génitaux externes ressemblent à ceux d'une femme : vulves avec grandes et petites lèvres, pénis simulant un gros clitoris, vagin admettant le petit doigt. Dans une des grandes lèvres, il y a un testicule. Dans l'autre grande lèvre, il y avait aussi un testicule qui a été enlevé par un chirurgien et reconnu histologiquement. Il s'agit donc bien ici d'un sujet masculin, mais avec des goûts féminins. A l'hôpital, il a demandé à être placé dans la salle des femmes. Il veut même qu'on enlève son second testicule qui le gêne, dit-il, dans ses rapports sexuels.

D'après ces faits, il vaut mieux, me semble-t-il, réserver le nom d'androgyne aux individus qui, comme mon sujet, ont un sexe véritablement masculin, mais avec des attributs féminins. Ainsi, le premier radical du mot implique l'idée du sexe; le second, celui des attributs. L'anomalie inverse pourrait être appelée gynandrie. Le mot hermaphrodisme, enfin, ne serait applicable qu'aux individus réellement bisexuels.

Hyperthrophie du nez traitée par la décortication.

M. Lucas-Championnière. — Voici un malade atteint d'une énorme hyperthrophie du nez que j'ai guérie par la décortication conformément au procédé d'Ollier.

C'est aux dépens de la peau du voisinage que s'effectue la réparation dans ce cas. Mais il faut prendre soin de respecter la sous-cloison nasale au cours de cette opération ; elle sert, en effet, de point d'appui à la traction à laquelle sont soumises les parties voisines.

M. Marc Sée. — Il m'a suffi de toucher au thermo-cautère chacune des boursouflures dont l'ensemble constitue l'hypertrophie du nez pour obtenir d'aussi bons résultats que M. Lucas-Championnière.

M. Lucas-Championnière. — Le procédé de M. Marc Sée peut avoir de grands avantages. Mais, dans le cas de mon malade, il aurait été insuffisant à celui de M. Ollier, à cause de la longueur du processus de réparation.

Les zônes hystérogènes et hystéroclasiques.

M. Debove donne lecture, à l'occasion d'un travail de M. Clozier sur ce sujet, d'un rapport dont voici les conclusions :

a) La compression forte pendant quelques secondes de la région cardiaque ne saurait suffire à juguler les attaques d'hystérie, de somnambulisme, etc.;

b) Il se peut qu'il existe une origine gastro-intestinale de l'hystérie, à côté de la forme héréditaire. Néanmoins, M. Dehove fait cette restriction qu'il est plus fréquent de voir les troubles digestifs accompagner la névrose que la précéder.

Des « pancardites » grippales.

M. Camescasse (de Saint-Arnoult) rapporte les observations de plusieurs malades qui, au cours de la grippe, ont présenté un certain nombre de fois les accidents cardiaques suivants : dyspnée intense et croissante, douleur précordiale ou interscapulaire, puis véritable asystolie comparable à celle des affections cardiaques chroniques. Ces troubles cardiaques, pour l'orateur, seraient liés à une altération de tous les éléments anatomiques du cœur, et il propose de les désigner sous le nom de « pancardites ».

J. P.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 5 avril.

De la fréquence de la diphtérie chez l'adulte.

M. Catrin. — M. Gouguenheim a émis l'opinion que la diphtérie était beaucoup plus fréquente chez l'adulte qu'on ne le pensait généralement. D'après mes observations, la diphtérie est assez rare dans l'armée, qui offre cependant un terrain de propagation favorable aux affections contagieuses. La moyenne des décès par diphtérie, pendant onze ans, de 1880 à 1891, a été de 40 à 50; la moyenne des cas de 434 environ. En 1891, il y a eu une augmentation marquée, 84 décès et 679 cas. La morbidité même dans les mauvaises années varie de 0. 8 à 1. 2 pour 1,000; la mortalité avant l'emploi de sérum ne dépassait pas 9 à 12 pour cent. Contrairement à M. Gouguenheim j'ai vu souvent le diagnostic clinique d'angine diphtérique porté à tort; sur 28 cas qui m'ont été adressés comme diphtérie à l'hôpital du Val-de-Grâce, 8 seulement ont été confirmés par l'examen bactériologique. Cette année même je n'ai trouvé que deux angines diphtériques, sur un assez grand nombre d'angines pseudo-membraneuses. On meurt très bien d'angine à streptocoques, comme j'ai eu l'occasion de l'observer deux fois. La diphtérie chez l'adulte est donc plus rare et plus bénigne que chez l'enfant.

Gastrite. — Hématémèse. — Absence d'ulcérations véritables de l'estomac.

M. Ferrand rapporte l'observation d'une jeune fille de vingt-cinq ans, nerveuse, entrée dans son service à l'Hôtel-Dieu, pour des accidents gastriques rebelles, caractérisés par des phénomènes douloureux très marqués, survenant aussitôt après l'ingestion des aliments et calmés seulement par des vomissements alimentaires qui se produisaient une à deux heures après les repas. Cette malade avait déjà eu quelques hématémèses avant son entrée, elle était très faible et très amaigrie; elle n'obtint de soulagement d'aucun régime, d'aucune médication, sauf une amélioration passagère de deux ou trois jours à la suite de lavages d'estomac avec l'infusion de coca, et qui ne persista point. Au commencement de février 1895 survint une nouvelle hématémèse très abondante et peu de temps après des phénomènes de péritonite. Dans les premiers jours de mars, elle eut une parotidite suppurée pour laquelle elle passa en chirurgie où elle succomba à une bronchopneumonie bâtarde.

M. Ferrand avait repoussé le diagnostic d'ulcère de l'estomac, car il n'y avait pas en de douleur térébrante et admis l'existence d'une dyspepsie douloureuse avec phénomènes congestifs de la muqueuse stomacale, et en effet, à l'autopsie, on ne trouva pas d'ulcère de l'estomac, mais seulement de légères exulcérations sur les plis saillants de la muqueuse stomacale; c'est là l'origine certaine des hématémèses, qui, malgré leur abondance, ont pu être produites par des lésions aussi légères de l'estomac.

Chorée récidivante devenue chronique. — Transmission héréditaire. — Rapports entre la chorée de Sydenham et la chorée de Huntington.

M. Chauffard présente une malade de 53 ans, atteinte d'une petite chorée peu gesticulatoire à prédominance du côté droit. La marche est conservée avec un peu de dandinement. Il n'y a aucun stigmate hystérique. Un fait important, c'est la possibilité pour la malade d'arrêter un instant les mouvements choréiques, si on l'en presse; elle garde un certain degré d'inhibition motrice sur ses mouvements choréiques, ce qu'on n'observe point dans la chorée vulgaire de Sydenham. La maladie actuelle date de cinq ans. L'inhibition motrice, la chronicité, jointes à d'autres phénomènes (lenteur des mouvements, exagération des réflexes tendineux, intégrité des muscles oculaires), plaident en faveur de la chorée de Huntington, ainsi que son histoire familiale. Cette malade, sans antécédents héréditaires, a été atteinte à l'âge de onze ans, dans la convalescence d'un rhumatisme articulaire aigu, d'une chorée ayant débuté par la main droite, et qui dura deux mois. A 21 ans, dans le premier mois de sa seconde grossesse, hémichorée qui dura un mois; à 48 ans, début de l'atteinte actuelle, sous l'influence d'une émotion violente, la mort d'un de ses fils.

Cette malade a une fille âgée de 30 ans actuellement dont l'histoire pathologique semble calquée sur la première — à 13 ans rhumatisme (insuffisance aortique avec rétrécissement mitral) et dans la convalescence atteinte bilatérale de chorée ayant duré trois mois. Deuxième atteinte de six semaines à 17 ans — à 19 ans, première grossesse et au début hémichorée droite.

La transmission héréditaire plaide encore en faveur de la chorée d'Huntington. Au contraire, l'absence de troubles mentaux et l'existence de rémissions feraient penser à la chorée de Sydenham. Il est très difficile de classer nettement ce cas dans l'une ou l'autre variété. La même malade nous a présenté tous les types étiologiques de chorée (rhumatismale, gravidique, émotive) et de plus elle a fait souche de choréique. Ce fait prouve qu'il faut se rallier à la doctrine de l'unité des chorées arythmiques (Joffroy, Charcot) et considérer la chorée en général comme un mode de réaction motrice spécial du système nerveux, sous l'influence de provocations d'ordres divers (psychiques, infectieuses, etc.).

Cette malade a réuni toutes les formes de chorée considérées autrefois comme indépendantes, jusques et y compris la chorée de Huntington; ce sont des modalités différentes d'une même aptitude choréique du système nerveux; on ne peut donc considérer la chorée de Sydenham et la chorée de Huntington comme deux maladies distinctes.

M. Gilles de la Tourette. — Ce qui caractérise surtout la chorée de Huntington, c'est son état mental. Il s'agit d'une vésanie. Il y a des chorées de Sydenham qui passent à l'état chronique; cela paraît être le cas de la malade de M. Chauffard.

M. Chauffard reconnait que sa malade ne présente pas de troubles mentaux; mais ceux ci peuvent manquer dans la chorée de Huntington, d'après Huet et Lannois. D'autre part, on observe des troubles psychiques chez les enfants atteints de chorée de Sydenham; entre ces troubles et l'état mental de la chorée chronique, il n'y a qu'une question de degré : cet état mental est toujours d'ailleurs postérieur aux troubles du mouvement.

M. Gilles de la Tourette croit qu'il faut réserver le nom de chorée de Huntington aux chorées à forme vésanique. Le délire observé chez les enfants et la vésanie sont des choses toute différentes.

M. Hayem a observé deux cas de chorée chronique sans caractère familial. Ce qui caractérise surtout cette variété de chorée, c'est son incurabilité.

Névrose traumatique.

M. Debove présente un malade, âgé de 56 ans, sans antécédents nerveux (pas de syphilis ni d'alcoolisme), qui, le 12 décembre dernier, fit une chute dans un escalier et perdit connaissance à la suite de la chute. La perte de connaissance n'a pas été la cause de la chute. Transporté à l'hôpital Saint-Louis, il reprit ses sens au bout de quatre jours et se trouva paralysé des quatre membres. Son état s'est amélioré peu à pen; il persiste de la parésie surtout marquée à gauche avec un léger degré de contracture. Les réflexes sont exagérés surtout à gauche. Pas de troubles de la sensibilité, ni du champ visuel. Ce malade présente un trouble vaso-moteur assez intéressant; si, après avoir tenu la main élevée, il la baisse, celle-ci devient violette et gonflée.

En l'absence de tout stigmate hystérique, M. Debove fait rentrer ce cas dans la névrose traumatique.

M. Gilles de la Tourette. — La névrose traumatique a été considérée en Allemagne comme une entité morbide, mais M. Charcot a montré qu'on y avait mis un peu de tout (hystérie, sclérose en plaques, neurasthénie). Chez un malade de l'usine Eiffel, qui présentait de l'œdème bleu hystérique, j'ai cru d'abord à la névrose traumatique, mais, au bout de quelques mois de séjour dans le service, l'hystérie se développait au complet.

M. Debove ne trouve aucune lésion organique capable d'expliquer le syndrome qu'il a observé. D'autre part, l'hystérie ne doit pas réunir toutes les névroses, quel que soit leur type. En l'absence de tout stigmate hystérique, M. Debove garde le diagnostic de névrose traumatique, terme général.

M. Catrin dit que le terme d'hystérie traumatique a le tort de faire considérer l'hystérie comme antérieure au trauma et peut faire perdre le bénéfice d'une indemnité résultant de l'accident.

M. Rendu. — Les phénomènes nerveux présentés par le malade de M. Debove pourraient s'expliquer par de petits foyers hémorrhagiques multiples dans le cerveau, la protubérance ou le bulbe.

Pathogénie de l'ulcère de l'estomac.

M. Hayem. — L'ulcère de l'estomac se présente aux autopsies sous deux aspects différents suivant qu'il s'agit d'une lésion ancienne qui a tantôt la forme d'une plaie avec fond scléreux, calleux, tantôt celle d'une cicatrice étoilée ou bien d'une lésion en activité en voie d'évolution. J'en ai rapporté un cas en février 1893; j'en ai observé récemment un autre. Il s'agissait d'un marinier mort dans mon service par péritonite suraiguë due à une perforation stomacale.

A l'autopsie, la muqueuse stomacale était rouge, congestionnée, avec un aspect mamelonné. Sur la face antérieure de l'estomac, près du cardia, une perforation arrondie, cratériforme, mesurant de 5 à 6 millimètres au niveau de la surface muqueuse et 2 au niveau du péritoine. A 1 centimètre de celle-ci existait une dépression légère de la muqueuse stomacale cupuliforme, paraissant un deuxième ulcère en voie d'évolution.

A l'examen histologique, la région peptique est le siège d'une gastrite parenchymateuse pure, sans lésions interstitielles. Les glandes sont hypertrophiées, pressées les unes contre les autres et remplies d'éléments en voie de prolifération; la multiplication porte surtout sur les cellules principales.

Dans la région du pylore, on trouve une gastrite mixte surtout interstitielle.

Dans la région de la grosse tubérosité, près de l'ulcère stomacal, la muqueuse présente un épaississement considérable, cinq à six millimètres, neuf à quatre au niveau de l'ulcère non perforant.

A la loupe, on voit que l'hypertrophie de la couche glandulaire est due à une infiltration adénomateuse. C'est dans le tissu adénomateux qu'est taillé l'ulcère.

Sur la surface de coupe de l'ulcère non perforant, la disposition des parties est la suivante :

Couches adénomateuses, évidées en forme d'entonnoir, dont le sommet répond à une lame fibreuse, épaisse, formant à elle seule, à ce niveau, la paroi stomacale; au-dessous de l'adénome, tunique celluleuse épaissie, puis couche musculaire, et au-dessous, couche cellulo-fibreuse plus épaisse que la précédente.

Le tissu adénomateux est constitué par des grappes de vésicules arrondies, tapissées d'épithélium pavimenteux et reproduisant le type des glandes de Brünner. Les vésicules glandulaires les plus superficielles se sont abouchées avec les tubes glandulaires de la muqueuse. Au-dessus de l'adénome, il existe toujours de la gastrite glandulaire atrophique.

La muqueuse est amincie, calleuse, sur les bords de l'ulcère. Les parois de l'ulcère perforant sont le siège d'une irritation interstitielle qui, partie de la surface, pénètre plus ou moins l'adénome. Dans cette zône enflammée, on voit de nombreux vaisseaux oblitérés par du sang coagulé, tandis que des grappes glandulaires sont atrophiées, et d'autres composées de vésicules élargies en voie de destruction. Il semble se produire dans les ulcères un arrêt de circulation dans une assez grande étendue, arrêt dû à la coagulation sanguine.

Cet ulcère est donc un néoplasme bénin ulcéré, adénome d'une variété spéciale, reproduisant le type des glandes de Brünner. Je ne l'ai pas trouvé décrit.

L'adénome détermine une gastrite atrophique qui est le point de départ de l'ulcération et de la mise à nu d'une partie de l'adénome. Les oblitération vasculaires étendues doivent jouer également un rôle dans ce processus et favoriser le travail de nécrobiose.

Je tenais à attirer l'attention sur cette variété d'ulcère de l'estomac d'origine néoplasique. Est-ce là la forme la plus fréquente? Elle peut exister dans bien des cas où il est impossible de la déceler, l'ulcère étant à une période trop avancée de son évolution, tout l'adénome a disparu. H. Méry.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 6 avril.

Recherches sur le glycogène de la lymphe.

M. Dastre de ses recherches sur le glycogène de la lymphe donne les conclusions suivantes :

1° Le glycogène existe dans la lympbe mais en petite quantité : 0.095 0/00;

2° Le glycogène est, en l'espace de vingt-quatre heures, détruit dans la lymphe par un ferment diastasique;

3° Le glycogène n'existe pas en solution dans le plasma; il est fixé sur les éléments figurés. Le glycogène est fixé sur ces éléments figurés à l'état de combinaison ou, tout au moins, de la même manière que l'hémoglobine sur le stroma du globule rouge, et aussi incapable de passer normalement en solution dans la liqueur du sang ou de la lymphe. Le glycogène est indisponible pour les autres éléments.

M. Kauffmann ne partage pas l'opinion de M. Dastre. Pour M. Dastre, le glycogène serait consommé sur place ou transformé en sucre. Il ne pourrait être entraîné dans le sang, mais le sucre serait la forme circulante du glycogène. D'après M. Kauffmann, par le lavage du foie avec la solution salée physiologique, on est capable d'entraîner du glycogène et on en constate, en vérité, dans le sang ainsi retiré par le lavage. Il est vrai que M. Dastre a opéré sur de la lymphe ou du sang morts. Or, on ne saurait conclure du sang mort au sang vivant.

M. Dastre. — Je soutiens, néanmoins, la théorie du glycogène fixe. Le foie ne cède pas de glycogène au sang, mais seulement du sucre. Ce sucre est consommé par les tissus et, à l'occasion, transformé en glycogène (dans le muscle, dans le leucocyte).

Voici mes arguments de fait :

1° La preuve directe que j'ai fournie plus haut que le glycogène existe en quantité appréciable dans les éléments figurés de la lymphe et qu'il fait défaut dans le plasma;

2° L'existence dans le sang et la lymphe, à l'état vivant et tout à fait normal, d'un ferment diastasique aperçu par Magendie, Cl. Bernard, Schiff, etc., et démontré définitivement par Biel et Rœhmann. Ce ferment détruit le glycogène en le saccharifiant. Il y a incompatibilité absolue entre l'existence simultanée du glycogène dans la même solution;

3° Le glycogène serait, d'après Huppert (le seul auteur qui en ait fait des dosages en nature), très peu abondant dans le sang; mille fois moins abondant en moyenne que le sucre, sauf chez le chien où d'après trois expériences il ne serait que cent fois moins abondant que le sucre. Le rôle du glycogène comme véhicule d'hydrates de carbone serait donc mille fois et peut-être cent mille fois moindre que celui du sucre.

4° Les injections artificielles d'eau salée enlèvent au foie rapidement et complétement tout son sucre, lentement et péniblement le glycogène qui y est cependant en quantités énormes (W. Saake). Il est probable qu'une solution vraiment isotonique n'enlèverait rien;

5° Enfin, on a vu le glycogène dans les éléments figurés, dans les leucocytes du pus, dans les leucocytes de la lymphe, particulièrement chez les diabétiques et les leucémiques. Au contraire, on l'a trouvé absent du plasma (Dastre).

Ces arguments et d'autres qui seraient surabondants me paraissent établir suffisamment le bien fondé de la doctrine que je défends.

Rapports du ruban de Reil avec l'écorce du cerveau.

M. et **Mme Déjerine** communiquent une note d'après laquelle, contrairement aux recherches de Flechsig et de Hœsel, le ruban de Reil ne monte pas directement des noyaux de Goll et de Bardach à la corticalité, et, d'autre part, la voie sensitive bulbo-corticale comprend deux neurones, à savoir : un neurone bulbo-thalamique représenté par le ruban de Reil médian et un second neurone reliant le thalamus à la corticalité cérébrale.

Sérothérapie dans la syphilis.

M. Richet communique l'observation d'une femme atteinte d'une gomme syphilitique traitée sans succès par le traitement spécifique, qui a été guérie par des injections de sérum provenant d'un animal qui avait reçu du sang d'un sujet syphilitique.

J. P.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance du 28 mars. — Présidence de M. Richelot.

Tumeur fibreuse de la région inguinale.

M. Doléris présente une tumeur fibreuse de la région inguinale. Il y a quatre ans, il avait déjà enlevé une tumeur de même nature et siégeant dans la même région à la propre sœur de sa malade. Il insiste sur la coexistence fréquente de ces tumeurs chez les différents membres de certaines familles.

De la thérapeutique intra-utérine.

M. Dumontpallier a fait l'historique du traitement par le chlorure de zinc, qu'il considère comme le procédé de choix dans la cure de l'endométrite. Quant aux accidents consécutifs à ce traitement, il a montré, en 1889, qu'ils n'étaient à craindre que dans 4 à 5 0/0 des cas, chez les femmes qui quittaient trop tôt l'hôpital et qui ne voulaient pas se soumettre au traitement consécutif qu'il a conseillé. Actuellement, M. Dumontpallier n'emploie que des crayons d'un gramme, au lieu de deux, et contenant 33 grammes de chlorure de zinc pour 66 grammes de farine de seigle. Il a soin d'entourer de papier d'étain la portion du crayon qui doit être en rapport avec l'isthme. Il pense être, grâce à ces modifications, à l'abri des accidents. Il insiste sur le traitement consécutif. Il faut cathétériser plusieurs fois, pendant les mois suivants, la cavité utérine avec une bougie à bout olivaire de façon à rompre les atrésies celluleuses, s'il vient à s'en produire. Si on trouve une sténose, il suffit de dilater peu à peu la partie rétrécie au moyen de tiges de laminaire. Le curettage a perdu beaucoup de terrain, et nombre de chirurgiens le font actuellement suivre de badigeonnages de la cavité au chlorure de zinc, comme antiseptique et comme hémostatique.

M. Pichevin cite le cas d'une femme, traitée autrefois par le chlorure de zinc, et qui a eu depuis des crises menstruelles tellement épouvantables qu'elle a dû être hystérectomisée par M. Le Dentu. Une autre est sur le point de subir la même opération. On a restreint l'emploi du curettage parce qu'on sait mieux s'en servir, et qu'on le réserve seulement à l'endométrite du corps, appliquant à la métrite cervicale des opérations beaucoup plus radicales.

M. Charpentier insiste sur les sténoses tardives, consécutives à l'emploi du chlorure de zinc. Ces accidents se produisent au bout de plusieurs mois. Il n'a jamais vu d'atrésie à la suite du curettage.

M. Doléris. — Le chlorure de zinc produit une plaie, et quoi qu'on fasse, chaque fois qu'il y a plaie, il y a cicatrice et par conséquent production de tissu rétractile. L'idéal physiologique, c'est de reproduire la muqueuse. De plus, chez les femmes qui ont des lésions des annexes, il doit se produire des infections secondaires, capables d'aggraver singulièrement ces lésions.

M. Petit. — Dans quelques cas d'atrésie consécutive à l'emploi du chlorure de zinc, il lui est arrivé de rétablir la cavité utérine au moyen de l'électrolyse négative ; dans d'autres, il a échoué. Ce qui l'a surtout frappé, c'est l'état quasi-vésanique des malades traitées par ce procédé. Elles avaient gardé un terrible souvenir du traitement par le chlorure de zinc. Il cite l'observation mentionnée per M. Pichevin, d'une personne qui, à la suite de la cautérisation, souffre de dysménorrhée que rien n'a pu calmer, et à laquelle on sera obligé de pratiquer l'hystérectomie.

M. Bonnet a vu trois cas d'atrésie à la suite de l'emploi de la méthode de M. Dumontpallier.

M. Budin rappelle le cas d'une femme traitée par le chlorure de zinc chez laquelle il s'était produit une atrophie telle de l'utérus qu'il n'était plus représenté que par une petite masse comparable à l'extrémité du petit doigt.

M. Dumontpallier fait remarquer qu'il n'a jamais nié les insuccès qu'on lui oppose toujours sans parler des succès qu'on peut compter par centaines. Le chlorure de zinc offre des dangers, mais seulement chez les femmes qui n'ont pas été traitées sérieusement. Il ne semble pas discutable qu'il y ait indication formelle d'employer au moins son traitement contre les hémorrhagies de la ménopause et contre l'endométrite des vieilles femmes. Ici, on n'aura rien à craindre. En Allemagne, sa méthode paraît jugée favorablement si on s'en rapporte au jugement récemment porté par Schœffer (de Berlin).

LES LIVRES

Chez A. Maloine, 91, boulevard Saint-Germain.

Etude physique des Eaux thermales d'Aix-les-Bains.
par le Dr P. Guyenot.

L'auteur s'est attaché à démontrer expérimentalement que les eaux d'Aix-les-Bains et probablement la plupart des eaux minérales sulfureuses chaudes jouissent de propriétés physiques parti-

culières au sortir du griffon disparaissant rapidement après refroidissement et exposition à l'air. Il étudie d'abord la thermalité des eaux d'Aix-les-Bains à l'aide d'appareils enregistreurs de précision, donnant la courbe de refroidissement de l'eau thermale naturelle dans une baignoire; comparant cette courbe à celle obtenue avec la même eau minérale chauffée artificiellement à la température du griffon après refroidissement préalable, on remarque que l'eau thermale naturelle se refroidit beaucoup plus lentement que l'eau artificiellement chauffée.

Dans la seconde partie de son travail, le Dr Guyenot étudie les courants électriques qui se développent au contact du corps humain et des eaux minérales d'Aix-les-Bains pendant les diverses pratiques hydrothérapiques et sous l'influence du massage. Par un procédé particulier, il est arrivé à mesurer mathématiquement l'intensité de ces courants. Des expériences comparatives, faites avec l'eau thermale refroidie et avec l'eau ordinaire, démontrent que l'intensité des courants produits est beaucoup plus faible et d'une durée plus limitée que lorsqu'on emploie l'eau thermale naturelle.

L'origine des propriétés physiques particulières des eaux minérales est, d'après l'auteur, l'action chimique se produisant au contact de l'oxygène de l'air. Elles permettraient de se rendre compte des effets thérapeutiques analogues obtenus aux stations de minéralisation différente et d'expliquer la période d'excitation accompagnant toute cure thermale. Cette stimulation de tout l'organisme serait due à des phénomènes d'électrolyse, d'osmose et d'ébranlement moléculaires augmentant l'activité des réflexes sécrétoires et des vaso-moteurs assurant ainsi d'une façon plus complète les combustions nutritives.

Ce travail, envisageant les eaux minérales et leur action sous un point de vue nouveau et original, est une étude de physique expérimentale qu'on n'a pas l'habitude de rencontrer dans les ouvrages de ce genre et qui soulève des problèmes du plus grand intérêt.

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

HOPITAUX DE PARIS

Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France.

Trente-sixième Assemblée générale.

ORDRE DU JOUR DE LA SÉANCE DU DIMANCHE 21 AVRIL 1895

La séance sera ouverte à deux heures.

1° Allocution du président;

2° Exposé de la situation financière de l'Association générale, par M. Brun, trésorier;

3° Rapport sur cet exposé et sur la gestion financière du Trésorier, par M. Motet, membre du Conseil général;

4° Compte rendu général sur la situation et les actes de l'Association générale, pendant l'année 1894, par M. Lereboullet, secrétaire général;

5° Présentation de candidats pour le Conseil général de l'Association; renouvellement partiel du Conseil général;

Candidats : MM. Thomas, Hugot, Philbert et Reynier, membres sortants, arrivés au terme de leur exercice. (Les membres du conseil sont rééligibles.)

Membres du conseil à remplacer : MM. Marjolin, décédé; Boutin et Cazelles, démissionnaires;

6° Election de la commission chargée d'examiner et de classer les demandes de pensions viagères en 1896;

7° Première partie du rapport de M. de Ranse sur les pensions viagères à accorder en 1895.

A sept heures précises, le banquet (Hôtel Continental).

ORDRE DU JOUR DE LA SÉANCE DU LUNDI 22 AVRIL 1895

La séance sera ouverte à deux heures.

1° Vote du procès-verbal de la dernière Assemblée générale;

2° Approbation des comptes du trésorier par l'Assemblée générale;

3° Deuxième partie du rapport de M. de Ranse sur les pensions viagères; — Discussion et vote des propositions;

4° Rapport de M. A.-J. Martin, au nom de la commission chargée de l'étude des propositions et vœux soumis par les Sociétés locales à la prise en considération de l'Assemblée générale, pour être l'objet de rapports en 1896 et sur les vœux pris en considération par la dernière Assemblée générale.

Nous recevons communication des deux lettres suivantes, que nous nous empressons d'insérer :

CHAMBRE DES DÉPUTÉS Le 5 avril 1895.

Monsieur le Ministre,

Je viens, au nom de l'Association Générale des Médecins de France, vous prier de vouloir bien présider le banquet offert par le Conseil général de cette Association à Messieurs les délégués des Sociétés locales de chaque département.

Vous ferez ainsi un très grand honneur aux neuf mille adhérents de l'Association que je préside et ce sera pour vous l'occasion de témoigner de votre sollicitude à l'une des Associations de bienfaisance qui relèvent de votre administration.

Veuillez agréer, Monsieur le Ministre, l'expression de ma très haute considération.

Dr Lannelongue.

Le banquet aura lieu le 21 avril, à 7 heures 1/2, à l'hôtel Continental,

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR Paris, 6 avril 1895.

CABINET DU MINISTRE

Monsieur le Député,

J'ai l'honneur de vous informer que M. le Ministre accepte avec plaisir l'invitation que vous voulez bien lui adresser, au nom de l'Association Générale des Médecins de France, de présider le banquet offert par le Conseil général de l'Association aux délégués des Sociétés de chaque département.

Veuillez agréer, Monsieur le Député, l'assurance de ma considération la plus distinguée.

Le directeur du cabinet, du personnel, et du secrétariat,

Seignouret.

A Monsieur Lannelongue, député du Gers.

Dans maintes circonstances, à l'occasion de legs faits à l'Association, on a dû faire appel, et jamais en vain, au bienveillant appui du ministre de l'intérieur. En acceptant la présidence du banquet de cette année, le ministre actuel, M. Leygues, montre qu'il est animé des mêmes sentiments que ses prédécesseurs, ce dont il vient d'ailleurs de donner tout récemment la preuve, à propos du legs laissé à l'Association par M. Marjolin. Pour répondre à cette double marque de sympathie, les membres de l'Association devront venir en nombre au banquet du 21 avril.

Concours du Bureau central (Médecine).

L'ouverture du deuxième concours pour la nomination à trois places de médecin des hôpitaux et hospices de Paris, qui avait été fixée au vendredi 26 avril, est reculée au lundi 20 mai.

Par suite, la clôture du registre d'inscription des candidats, qui devait avoir lieu le lundi 8 avril, est prorogée jusqu'au lundi 29 avril.

Classement général et répartition, dans les services hospitaliers, des internes et des externes.

MM. les élèves actuellement en fonctions et ceux qui seront nommés à la suite des derniers concours sont prévenus qu'il sera procédé, dans les formes ordinaires, à leur classement et à leur répartition dans les établissements de l'administration pour l'année 1895.

En conséquence, MM. les élèves devront se présenter au chef-lieu de l'administration, avenue Victoria, 3, pour retirer eux-mê-

66e Année. 9e Série. Tome II — N° 16 — 20 Avril 1895

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : **Dr F. de RANSE** — *Rédacteur en chef :* **Dr Pierre SEBILEAU**

Secrétaire de la Rédaction : **M. Em. EMERY**

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 28, rue Vignon

TRAVAUX ORIGINAUX

Des complications oculaires de l'érysipèle de la face.

Par H. Ripault, interne des hôpitaux.

Les complications oculaires pendant l'évolution ou la période de convalescence d'un érysipèle de la face s'observent assez souvent.

Elles tirent leur importance de ce fait que non seulement elles intéressent une fonction de premier ordre, mais peuvent influer sur le pronostic général, entraînant après elles une terminaison rapidement mortelle.

L'érysipèle des paupières, si effrayant au premier aspect, ne présente pas de gravité réelle et guérit facilement sans laisser de traces; il s'agit d'un œdème lymphangitique assager, mais au lieu de s'éteindre le processus peut s'ac-ompagner de manifestations plus ou moins graves.

C'est alors que chez un malade, l'œdème persistera, la ougeur des téguments, loin de s'atténuer, prendra une loration plus sombre, et des douleurs vives et lanciantes annonceront au médecin la formation d'un foyer urulent.

L'abcès pointe au bout de quelques jours à peine, et s'ou-re spontanément au dehors; bien soigné, il guérit promp-ment; mais il peut d'autre part exposer à quelque retour ffensif de l'agent infectieux; le plus ordinairement, c'est paupière supérieure qui paie de la sorte son tribut.

Les choses peuvent ne point se passer aussi simple-ent; le phlegmon n'aboutit pas à une collection bien mitée et superficielle; c'est un véritable phlegmon diffus ui se constitue, envahissant d'emblée les deux paupières, squelles peuvent être frappées d'une destruction com-lète par gangrène (Elschnig), et susceptible de se propager par voie de continuité au tissu cellulaire de l'orbite, et de là aux méninges.

Cette forme maligne d'érysipèle palpébral, qui pourra d'ailleurs ne pas concorder avec un état général fâcheux, n'est pas seulement à redouter immédiatement, mais aussi pour plus tard; consécutivement à des pertes de substances souvent étendues et profondes, à des adhérences cicatricielles vicieuses succédant au travail de réparation naturelle, se produiront des ectropions parfois très accentués, amenant le lagophtalmos, l'inocclusion palpébrale, compromettant la vitalité et les fonctions de la cornée transparente; tout récemment, pour une paupière ainsi fort raccourcie et maintenue au contact du rebord orbitaire inférieur, nous avons vu pratiquer une autoplastie à grand lambeau emprunté à la joue; avant de tenter une intervention quelconque dans ces conditions, il faut attendre l'extinction absolue du travail inflammatoire, toujours si prompt à se réveiller.

D'autre part, l'ophtalmie érysipélateuse peut laisser après elle des modifications telles du bord libre et de son voisinage, qu'il en résultera du trichiasis, mais plus souvent partiel que total; nous devons d'ailleurs faire remarquer combien l'érysipèle, mutilant là ou les paupières, soit par sphacèle, soit par suppuration et cicatrices consécutives, atteint peu le bord ciliaire, en raison de sa grande vascularité très probablement; toutefois on a décrit la chute définitive des cils, par destruction des bulbes; et ce madarosis survenant chez une jeune fille qu'il défigure plus ou moins n'est pas sans importance, comme il nous a été donné de l'observer chez une jeune malade du service du Dr Chevallereau.

Plusieurs ophtalmologistes enfin ont insisté sur l'œdème chronique des paupières, leur épaississement consécutif à des érysipèles à répétition; cette hypertrophie éléphantiasique a même été comparée à celle de même nature qui succède à la région scrotale à un processus semblable.

Les symptômes conjonctivaux par leur exagération aboutissent à une véritable ophtalmie aiguë, survivant un certain temps à l'affection causale, et créant un état de blépharo-conjonctivite tenace, rebelle, accompagné de photophobie et larmoiement, cédant difficilement à la thérapeutique ordinaire, par suite de la participation constante de la muqueuse lacrymale et de la pituitaire; le traitement nasal sera donc l'adjuvant indispensable du traitement oculaire; outre l'injection conjonctivale, on observera des bulles au niveau du limbe, non rarement du chémosis, sans importance pronostique d'ailleurs, enfin et

surtout des complications cornéennes, dont le début ne devra pas être marqué par le catarrhe conjonctival concomitant, qui peut encore être le point de départ d'une véritable poussée de chalazions chez un individu indemne jusqu'alors, comme nous en avons observé un cas chez un infirmier de Lariboisière.

La kératite succède immédiatement à la poussée d'érysipèle, mais peut être beaucoup plus tardive, et son étiologie alors est plus délicate à élucider.

Parfois elle s'accompagne d'injection vive, photophobie, douleurs péri-orbitaires, mais parfois aussi s'installe sournoisement, et n'est découverte que tardivement, alors que la vision est et reste compromise.

Les lésions peuvent être distribuées à toute la membrane, laquelle a une teinte grisâtre; plus souvent se localiser à certaines zônes sous forme de bande annulaire (Galezowski); de plaques para-centrales.. ; il s'agit d'une infiltration accompagnée, mais non forcément, d'érosions et d'ulcérations véritables; l'affection, d'ordinaire bénigne, surtout prise à temps, peut laisser après elle une infiltration diffuse et assez dense pour réduire l'acuité visuelle de l'œil atteint (l'affection est le plus souvent monolatérale), comme aussi créer des pertes de substance profondes, aboutissant à la perforation et à l'enclavement de l'iris (Galezowski).

Ce qu'on note assez souvent en pareil cas, c'est une diminution marquée de la sensibilité de la membrane aux points atteints; s'il s'y ajoute des névralgies péri-orbitaires un peu persistantes, ce qui n'est pas exceptionnel, on est conduit à diagnostiquer une kératite herpétique, et même à soupçonner quelque zona fruste, quand l'éruption n'a pas laissé de traces; le diagnostic étiologique rétrospectif n'est donc pas sans quelque difficulté réelle.

Les troubles cornéens retentissent sur l'iris et aussi sur la zône ciliaire, mais ces dernières lésions caractérisées par la paresse et irrégularité pupillaire, plus tard des synéchies définitives assez étendues, seront masquées, si l'on n'y prend garde, par les troubles de la cornée elle-même; l'altération visuelle restera fixe malgré l'éclaircissement de la zône infiltrée.

L'iritis peut d'autre part exister isolément, et dans les deux yeux, à l'état aigu (Hansen, Vidal); c'est d'ordinaire complication plus tardive, appartenant à la phase de convalescence; analogue à celles de la fièvre typhoïde, de la variole (Dor...); infection secondaire revêtant tantôt le type d'I. plastique, pouvant s'accompagner d'exsudat fibrinopurulent dans la chambre antérieure, tantôt celui d'iritis séreuse, avec sa descemétite caractéristique à l'éclairage oblique.

Cette dernière forme, la participation habituelle de la région ciliaire nous expliquent la tendance, la prédisposition facile aux manifestations glaucomateuses dont les oculistes ont à diverses reprises signalé ici le danger imminent; aussi faudra-t-il user du collyre à l'atropine avec réserves et modération, en surveillant de près la tension qui sera toujours plutôt au-dessus de la normale qu'en deçà; l'irido-cyclite de l'érysipèle expose au glaucôme, au glaucôme secondaire tout au moins.

La participation de la zône ciliaire nous rend compte enfin du trouble du corps vitré, dans lequel on peut voir flotter des flocons assez volumineux, mais surtout une fine poussière caractéristique de l'hyalitis ; ces lésions sont souvent d'observation difficile, tant que subsiste le trouble cornéen, lequel peut masquer également des lésions plus graves du fond de l'œil, l'atrophie papillaire en particulier, sur laquelle nous aurons bientôt à revenir, et dont la constatation importe tant pour le pronostic exact et définitif.

Avant de quitter l'iris, il nous reste à signaler une dernière complication, observée d'ailleurs très rarement, et toujours en pleine convalescence ; nous voulons parler de la paralysie de l'accommodation due à une névrite périphérique intéressant les rameaux du muscle de Brücke, comme on l'observe dans d'autres états infectieux : diphtérie, typhoïde... La complication est de siège bilatéral et guérit toujours après quelques semaines de durée ; par contre, on ne paraît pas avoir décrit de paralysies des muscles extrinsèques du globe, comme dans les états infectieux que nous avons signalés plus haut.

Nous en arrivons à la plus grave, et non la plus rare des complications de l'érysipèle : la propagation de l'agent septique au tissu cellulo-adipeux de l'orbite ; cette diffusion se fait, comme l'a montré Vossius, par voie veineuse; et la phlébite s'explique facilement par les nombreuses communications qui relient le système vasculaire intra et péri-orbitaire.

Le phlegmon orbitaire peut être unilatéral, mais dans les cas graves atteindre les deux orbites à peu près simultanément. Il se présente avec ses signes habituels : exophtalmie, protusion énorme et immobilité du globe entouré d'un volumineux bourrelet chémotique ; abolition très rapide de la vision, douleurs atroces et symptômes généraux typhoïdes.

La marche en est d'ailleurs variable; c'est ainsi que la résolution peut s'observer : il s'agit d'un phlébite n'ayant pas abouti à suppuration ; mais d'ordinaire celle-ci survient après quelques jours ; le pus, s'il n'est pas évacué chirurgicalement, se fera voie vers la paupière inférieure, non loin de la commissure externe; mais cette terminaison n'est pas la règle, et il ne faut pas oublier l'abouchement de la veine ophtalmique dans le sinus caverneux, et le voisinage des méninges au niveau du trou optique, et les gaînes du nerf optique le long desquelles chemineront facilement les streptocoques ; mais en cas de phlegmon, doit-on toujours s'attendre à voir se développer une méningite suppurée, une thrombose des sinus dont le pronostic est si sombre : sur 12 cas, Schwendt signale 4 morts ; quand les deux cavités sont envahies, ces complications intra-craniennes sont constantes, et la mort devient la terminaison fatale absolue.

Le pronostic a une semblable gravité, quand le phlegmon devient diffus, gangréneux, et n'aboutit pas à suppuration rapide et promptement évacuée.

D'autre part, la lésion peut se cantonner aux tissus rétro-bulbaires, sans remonter sur les sinus; le pronostic reste encore des plus graves et doit être très réservé en raison de la situation même du nerf optique.

Celui-ci est comprimé par l'exsudat purulent, d'où amblyopie précoce, puis bientôt amaurose, plus ordinairement définitive que passagère; la guérison ne sera que relative car le globe sera conservé, mais inutile, la vision étant abolie; il faut toujours s'en souvenir dans le pronostic de tels cas, et ne pas le subordonner uniquement à la marche

des accidents inflammatoires; l'atrophie possible du nerf doit entrer en ligne de compte, et il faut surveiller le malade non seulement en chirurgien, mais aussi en oculiste.

Quand on examine à l'ophtalmoscope, on trouve une papille trouble et injectée, à bords diffus, où les veines sont augmentées de volume, et en même temps tortueuses, serpentines; si l'amblyopie doit guérir, le disque optique retrouve la netteté de ses bords, les veines paraissent moins gorgées, et l'œdème péripapillaire disparaît peu à peu, la rétine retrouvant sa transparence normale; mais d'autres fois on voit le processus névritique s'atténuer peu à peu; la papille prend un aspect blanc bleuâtre, et ce qui domine surtout, ce qui permet de poser prématurément le diagnostic d'atrophie blanche en évolution, c'est la diminution de calibre des artères, véritables cordons filiformes, précédant la décoloration typique; celle-ci évolue d'ailleurs avec grande rapidité, et sans rémission : c'est l'amaurose inévitable.

Aussi dans toute atrophie, surtout unilatérale, et s'étant complétée très rapidement, doit-on songer à un érysipèle antérieur, et réveiller les souvenirs du malade sur ce point.

La neuro-rétinite, dont nous venons de décrire la terminaison habituelle, peut s'accompagner d'hémorrhagies rétiniennes (Satler) et peut être consécutive à une infection orbitaire, d'origine phlébitique, mais sans participation nette du tissu cellulaire de la région; la neuro-rétinite est due à des embolies microbiennes multiples (Hernheiser).

D'autre part, l'amaurose pourra être directement en relation avec un processus veineux : thrombose de la veine centrale, que Knapp a vue double, d'où cécité presque immédiate et complète.

Se localisant surtout sur la choroïde, l'agent infectieux a pu amener consécutivement le décollement rétinien étendu, presque total (Heinecke), nouvelle source d'accidents amaurotiques; phénomène dont on a d'ailleurs plusieurs fois décrit le pendant dans la dernière épidémie d'influenza.

Que les embolies intra-oculaires soient ou plus nombreuses ou plus septiques, l'état général plus défectueux, l'infection choroïdienne se manifeste par un degré de plus: c'est la choroïdite purulente et bientôt le phlegmon du globe tout entier: la panophtalmie présentant souvent un début assez insidieux et une marche subaiguë.

Cette panophtalmie, d'une gravité extrême quand elle complique un phlegmon de l'orbite, pourra, dans le cas contraire, se terminer par ouverture spontanée du globe qu'elle laissera plus ou moins atrophié, parfois réduit à l'état de moignon informe, ou nécessitera une intervention: débridement du segment antérieur; éviscération ou curettage; c'est dans des cas de ce genre qu'on a observé, à la suite d'énucléation, des méningites suppurées à marche suraiguë, la propagation microbienne s'étant faite le long des gaînes du nerf optique incisé; cette opinion, toutefois, n'est pas générale; d'ailleurs, en dehors même de toute intervention, on devra redouter la migration ascendante des germes pathogènes et ses suites fatales, succédant de plus ou moins loin à la suppuration du globe.

Nous n'omettrons pas, enfin, les complications si fréquentes du côté des voies lacrymales et nous avons déjà dit combien leur muqueuse et celle des fosses nasales était un des sièges de prédilection du streptocoque.

Les accidents peuvent être franchement aigus : tuméfaction rapide du sac et dacryocystite suppurée : c'est le pendant des suppurations orbitaires et palpébrales, qu'elle peut accompagner, d'ailleurs; mais ils présentent d'ordinaire une allure moins foudroyante; les voies lacrymales ne présentent d'abord qu'un simple catarrhe, une obstruction inflammatoire dont la formation d'une tumeur lacrymale, puis d'un phlegmon véritable ne deviendront l'aboutissant qu'à une échéance plus ou moins éloignée du début de l'infection.

Les voies lacrymoso-nasales présentant un terrain tout préparé à l'éclosion d'accidents septiques, rien de plus naturel que d'observer de temps à autre des poussées nouvelles d'érysipèle, faisant leur apparition au niveau du grand angle de l'œil; c'est le pendant des accidents débutant chez d'autres malades par le pavillon et le conduit auditif, ou les orifices antérieurs des fosses nasales.

Après avoir sommairement décrit tous les méfaits oculaires imputables à l'érysipèle, rappelons qu'il peut, sur ce terrain, rendre quelques services assez exceptionnels, il est vrai de le dire; c'est ainsi que Dufour et quelques autres ont signalé l'amélioration très rapide d'affections kérato-conjonctivales : blépharites strumeuses, kératites phlycténulaires avec infiltration et pannus sous l'influence d'un érysipèle aigu des paupières; Cocci, Ausitidüski..... ont signalé des guérisons vraiment surprenantes de conjonctivites granuleuses anciennes par l'action du même processus curateur.

Ce sont, d'ailleurs, les faits de ce genre et d'autres analogues qui encouragent actuellement divers expérimentateurs à tenter d'utiliser, dans un but thérapeutique, les propriétés — digestives — des toxines de l'érysipèle.

REVUE CRITIQUE

Les aliénés alcooliques.

L'alcool et l'alcoolisme seront, c'est à craindre, longtemps encore une mine féconde d'observations critiques, de projets et de débats scientifiques ou parlementaires. La question est toujours d'actualité et à l'ordre du jour. Il serait, sans aucun doute, préférable qu'il en fût autrement; on pourrait même s'étonner de l'indifférence avec laquelle certains esprits accueillent les observations scientiques dont l'alcool est la cause, si un instant de réflexion ne venait rappeler le gros produit budgétaire que fait l'alcool et l'intérêt financier qui s'attache à la consommation de ce produit. Car voilà où nous en sommes : à part les ivrognes, personne ne se fera ouvertement l'avocat de l'alcool, on conviendra même qu'il faudrait lui faire quelque peu la guerre, mais tout aussitôt on y apportera tant de ménagements pour ne pas diminuer le rendement fiscal, que cet état de guerre vaudra l'état de paix. C'est dans le courant d'idées modernes; les nations vivent aussi en état de paix et se le disent, armées jusqu'aux dents et dépensant à cela la plus grosse part de leurs budgets. Il y aurait pourtant intérêt à serrer de près le sujet et à chercher qui sera dupe de cette façon de comprendre l'Etat civilisé et le profit des taxes et surtaxes. Mais c'est toute la question qui, aussitôt, se présente à l'esprit et ce n'est point le moment de la traiter. Restons dans les limites plus restreintes des faits du jour. Or, au même moment, à deux tribunes différentes,

l'alcool était, il y a peu de jours, en cause; les mêmes préoccupations animaient les esprits et les mêmes vœux étaient formulés. C'était à l'Académie de Médecine et au Conseil supérieur de l'Assistance publique.

Dans la première assemblée, le Dr Lancereaux venait affirmer les effets particulièrement funestes des alcools toxiques et des boissons à essences, ayant observé depuis plusieurs années dans son service une augmentation notable de malades alcooliques ou absinthiques. Il s'informe près du directeur des contributions, et il apprend que, pour Paris, la consommation de l'absinthe a plus que doublé dans l'espace de sept ans, et, ce qu'il y a de plus effrayant, c'est de voir l'élévation du taux de consommation qui, jusqu'à ces derniers temps, était d'environ 10,000 hectolitres par année, et est montée depuis deux ans à 20,000 hectolitres. Et le savant académicien ajoute : « Vous ne serez donc pas surpris si, dans de semblables circonstances, je me demande où va notre population, ce qu'elle peut devenir, quand sur vingt malades admis dans notre service hospitalier, il y avait environ dix intoxications, dont cinq par le vin et l'alcool et cinq par l'absinthe et similaires ».

Où va notre population ? Mais la seconde assemblée qui, le même jour, presque à la même heure, étudiait les meilleurs moyens d'assister les aliénés alcooliques, aurait pu répondre par l'organe de ses rapporteurs, les Drs Magnan et Legrain : — *A l'asile d'aliénés !*

Il est de fait que l'envahissement des asiles est tel que tous sont encombrés, qu'il les faut sans cesse agrandir, qu'il les faut multiplier et l'alcool fournit près de 30 0/0 des malades pour les hommes, 10 0/0 pour les femmes. Si on ajoute à ce lot important d'alcooliques aliénés (en partie guérissables : un tiers, dit M. Magnan, et pour les deux tiers perdus pour la société) le lot non moins gros des aliénés criminels, des dégénérés, on arrive aisément à concevoir qu'il y a là un danger des plus redoutables pour notre pays, en raison surtout de son état démographique et de sa décroissance numérique. C'est ce à quoi ne pensent pas assez ceux qui, optimistes par habitude ou pour les besoins de la discussion, cherchent à calmer les esprits inquiets en jetant leurs yeux sur l'étranger ou en interprétant les faits avec quelque complaisance : L'alcoolisme n'est-il pas plus répandu dans les autres nations ? La France, le pays du vin, n'arrive pas la première dans ce record particulier. Tous les pays du Nord la dépassent ! Y a-t-il vraiment dans notre pays plus d'aliénés alcooliques qu'autrefois ; n'est-ce pas seulement qu'on les adresse plus promptement à l'asile ?

Et avec quelque complaisance, les points d'interrogation disparaissent, le doute fait place à des affirmations très nettes et, comme le danger est atténué au point de paraître imaginaire, les mesures réclamées finissent par n'avoir plus qu'une urgence relative et les réformes s'ajournent et se fondent en des formules platoniques et destinées à l'oubli.

Je ne crois pas qu'il soit bon de pousser trop les choses au noir, c'est évidemment un mauvais procédé de discussion, mais combien les optimistes sont également dangereux et que leur influence peut avoir de fâcheux effets. Au Conseil supérieur de l'Assistance publique, on était bien convaincu par la parole si autorisée de M. Magnan que l'aliéné alcoolique devait être traité autrement qu'il l'est, on voyait aussi les dangers sociaux de l'alcoolisme, ceux de la race, mais enfin les aliénés alcooliques n'ont pas paru si menaçants ou si intéressants qu'il fût urgent de prendre à leur égard des mesures législatives, engageant immédiatement les finances du pays. Les conclusions de MM. Magnan et Legrain ont été largement amendées et le vote suivant a été émis :

« Le Conseil supérieur de l'Assistance publique, préoccupé des progrès croissants de l'alcoolisme et de ses dangers, émet les vœux :

1° Que l'administration encourage la création d'établissements spéciaux pour les aliénés alcooliques et l'organisation de quartiers spéciaux dans les asiles ;

2° Qu'une application plus rigoureuse soit faite des lois sur l'ivresse.

Mais en même temps, il signale aux pouvoirs publics qu'il lui paraît d'une importance plus grande encore de rechercher et d'appliquer les moyens de prévenir l'alcoolisme. »

M. Lancereaux avait à l'Académie formulé les propositions suivantes :

« 1° Réduire dans une forte proportion le nombre des cabarets ;

2° Rendre aussi faible que possible l'impôt sur le cidre et la bière, sans se désintéresser entièrement de la qualité de ces boissons ;

3° Imposer le vin d'une façon modérée et s'opposer aux falsifications qui peuvent le rendre nuisible ;

4° Surélever l'impôt sur l'alcool de boisson et livrer à la consommation ce produit débarrassé, autant que possible, de toutes ses impuretés ;

5° Interdire la consommation des boissons généralement connues sous le nom d'amers, d'apéritifs, etc., car les huiles essentielles qu'elles renferment ont une action pernicieuse sur l'organisme humain et comptent dès maintenant parmi les principales causes de dépopulation et d'appauvrissement dans notre ville et bientôt, sans doute, dans le pays tout entier. »

Un grand nombre de ces propositions, sinon toutes, se retrouvaient dans les vœux formulés par M. Magnan, qu'appuyaient, au Conseil d'Assistance, MM. Legrain, Briand, etc. ; on les a résumées en cette formule concrète : s'occuper avant tout et surtout de la prophylaxie de l'alcoolisme. C'est là un terrain où il ne peut guère y avoir de séparation entre médecins ou hygiénistes ; le but à poursuivre énergiquement, de suite, c'est celui-là ; cela importe, en effet, plus encore pour notre pays que la guérison plus ou moins complète, plus ou moins assurée, des malades déjà en puissance d'alcool.

Cette prophylaxie si désirable s'adresse à des facteurs multiples et d'une telle gravité que chacun d'eux mérite une étude spéciale et l'étendue de ce domaine scientifique, économique et financier est telle qu'il faudrait, pour arriver à des formules d'une précision satisfaisante, grouper, en des assises importantes et un peu solennelles, les hommes de compétences diverses et aptes à diriger l'opinion publique et à aider le législateur dans l'œuvre fiscale qu'il faudra demander au Parlement.

On dira : cela a déjà été fait ; il y a eu des congrès internationaux ; le dernier s'est tenu à la Haye en 1893. Je ne l'ignore pas et je sais la participation importante que l'éminent secrétaire perpétuel de l'Académie, le Dr Bergeron, y a prise. Mais j'imagine que la question est ainsi fort mal posée ; qu'on s'alcoolise dans les pays du Nord ou de l'Est, c'est à coup sûr regrettable, mais les déchets de ces populations nombreuses et à forte reproduction n'ont pas autant de valeur que les déchets de notre population et si nous avons raison, par humanité ou par intérêt, de nous inquiéter des voisins, il faudrait cependant avoir plus encore souci de ce qui se passe chez nous et des moyens plus particulièrement applicables à nos mœurs, à nos besoins.

Je considère donc la formule internationale comme inutile et je crois qu'il serait plus sage de s'en tenir à des assises nationales. Bordeaux, centre viticole incomparable, va faire cette année courir toute la France à ses brillantes galeries des quinconces; il y aura des congrès de toute sorte; c'est devenu le complément indispensable de toutes les grandes expositions. Parmi ces congrès, il y en aura un d'hygiène; la section d'hygiène sociale devrait mettre à son ordre du jour la prophylaxie de l'alcoolisme. C'est dans le pays du vin qu'il faut soutenir ce bon combat.

Il me semble que parmi les excellentes choses qui pourraient sortir cette année de l'exposition ou des congrès de Bordeaux, il n'en est pas de plus utile et qui aurait aussi plus de chances de grouper de nombreux intéressés, hommes de science ou d'application pratique, que celle de la prophylaxie de l'alcool, au point de vue national. Il faut faire sur ce sujet de l'agitation dans le pays: c'est un devoir de bon Français.

Dr G. Drouineau.

REVUE GYNÉCOLOGIQUE

La méthode de Thure Brandt et son application au traitement des maladies des femmes, par Mme P. Peltier (née Goussakoff).

Un jury de la Faculté de médecine de Paris vient de soumettre la thèse de Mme Peltier (née Goussakoff) à une critique bienveillante. La méthode de Thure Brandt a reçu une consécration quasi-officielle par ce seul fait que Mme Peltier a été proclamée doctoresse.

Cette sentence rendue en 1895 ne mériterait pas une mention, si on ne l'opposait à la condamnation sévère qui fut prononcée en 1876, dans cette même Faculté de médecine de Paris, par un jury présidé par M. Bouchardat et dont les juges étaient le professeur Broca et MM. les agrégés Gariel et Lecorché.

Le travail inaugural de M. Célestin Fourcade, écrit sous l'inspiration de Norstrœm, avait pour titre: *Traitement des affections chroniques de l'utérus par le massage.*

Si on prend la peine de lire cette thèse (n° 327, année 1876), on ne tarde pas à se convaincre de la sincérité avec laquelle M. Fourcade développe son sujet qu'il exposait en termes modérés et empreints de modestie.

L'auteur répond au reproche qu'il prévoit et qu'il redoute avec raison. Il déclare que le massage utérin n'est pas immoral et ne provoque pas à la malade des sensations voluptueuses, comme on pourrait le supposer *a priori*.

Les conclusions de ce travail ne sont pas révolutionnaires. Qu'on en juge: le massage fournit d'excellents résultats dans quelques affections chroniques de la matrice, telles que métrite, endométrite hémorrhagique, hémorrhagies en général, déviations utérines. La durée du traitement dépend en grande partie de l'ancienneté et de l'intensité de l'affection; l'amélioration est rapide et la guérison peut s'établir définitivement après un temps assez court.

« Pourquoi le massage de l'utérus, ajoute M. Fourcade, n'entrerait-il pas dans la pratique, quand il s'agit de combattre des affections si rebelles aux traitements nombreux institués jusqu'ici et qui, lorsqu'elles guérissent, récidivent avec la plus grande facilité? »

Il était difficile d'être plus mesuré et de présenter un traitement nouveau avec plus de timidité et de réserve.

Veut-on savoir ce qui se passa à la soutenance de cette thèse? M. Norstrœm (*Massage de l'utérus*, 1889, p 7) le raconte:

« L'acte était à peine commencé que l'examinateur le plus compétent sur les questions de gynécologie — un savant décédé depuis plusieurs années — se chargea d'épargner au récipiendaire les difficultés d'une longue soutenance. Voici à peu près le langage qu'il lui tint: « Monsieur, vous avez dérangé un jury pour apprécier un » travail dont je ne veux même pas lire le titre à haute » voix; vous avez pris un sujet qu'un élève sérieux n'avait » pas le droit de prendre. On détruira les exemplaires » existants et vous reviendrez dans trois mois avec » une thèse nouvelle. Estimez-vous heureux d'en être » quitte à si bon marché. » En présence de l'assentiment » tacite des autres juges, le candidat n'osa même pas de» mander les motifs d'un pareil arrêt, il se rendit au ves» tiaire, remit sa robe à l'appariteur et partit. »

Ce ne fut pas la thèse que le jury apprécia, ce fut la méthode.

La condamnation a été prononcée sans un examen suffisant des faits. Les juges n'avaient même pas essayé de soumettre la méthode de Thure Brandt à l'expérimentation! Tant il est vrai qu'une idée préconçue peut obscurcir un esprit aussi lucide, aussi libéral, aussi ouvert que l'était celui du regretté Broca.

Le massage utérin s'est relevé de ce jugement précipité et injuste. Le succès de Mme Peltier à la Faculté de médecine de Paris en 1895 est la réhabilitation de M. Fourcade, dont la thèse fut refusée, en 1876.

Je sais bien qu'à cette époque, déjà lointaine, le massage utérin était à peine connu en France par la brochure que Thure Brandt avait publiée à Paris en 1868. La lecture de ce travail, comme je l'ai écrit ailleurs, n'était pas de nature à inspirer la moindre confiance sur la « nouvelle méthode gymnastique et magnétique pour le traitement des maladies des organes du bassin et principalement des affections utérines ». L'auteur qui n'était même pas médecin — et sa brochure le prouve — s'intitulait officier de l'armée suédoise. Un titre si honorable, accolé à celui de masseur de l'utérus, devait naturellement inspirer une invincible défiance.

Quoi qu'il en soit, le massage de l'utérus, repoussé sans examen par l'immense majorité des médecins français, condamné par la Faculté, resta lettre morte, malgré les efforts de Norstrœm en France, jusqu'au travail de Stapfer en 1892.

Mais déjà la méthode de Brandt avait acquis droit de cité dans la science, grâce à Profanter, qui se rendit en 1885 à Stockholm, grâce à Schultze qui permit au célèbre masseur suédois de travailler sous ses yeux à la clinique d'Iéna, en 1886. Schultze mit sa grande autorité au service de Thure Brandt, et, dès lors, le massage utérin, relevé du discrédit dans lequel il était resté depuis son origine, fut soumis à l'expérimentation par un grand nombre de gynécologistes allemands.

Il est peut-être à regretter que la thèse de M. Fourcade n'ait pas inspiré, en 1876, à l'un de nos maîtres le désir de vérifier les assertions contenues dans ce travail.

Il se dégage un enseignement et une leçon des vicissitudes du massage utérin. Je crois qu'il est inutile d'insister.

Mme Peltier expose consciencieusement la méthode de Thure Brandt, publie à côté des observations éparses dans la science quelques-unes qui lui sont personnelles et pose des conclusions marquées au coin de la sagesse. On ne peut que souscrire à l'opinion émise avec beaucoup de bon sens, de prudence et d'honnêteté scientifique par notre confrère:

« Les résultats cliniques ne sont pas encore suffisamment étudiés et rigoureusement recueillis pour permettre des comparaisons sérieuses avec d'autres modes de traitement, mais ils sont assez évidents pour inviter à poursui-

vre les recherches et tenter des expériences. De l'avenir seul dépend la sanction définitive, nous ne dirons pas de la méthode telle que nous l'avons exposée, mais de la méthode transformée par son évolution future. Il est bien certain que les résultats obtenus à l'étranger nous autorisent à chercher les indications et les contre-indications de la méthode de Thure Brandt qu'il faut peut-être modifier, simplifier et en tout cas perfectionner. »

R. Pichevin.

A L'ÉTRANGER

ALLEMAGNE

Un cas de traumatisme cérébral.

M. Seydel (*Münch. med. Woch.*, 1894, n° 39) relate l'observation suivante, aussi intéressante au point de vue des accidents produits qu'au point de vue des conséquences qu'ils ont entraînées.

Un jeune homme âgé de 25 ans fut frappé à la tête par un seau rempli de ciment, tombé de la hauteur d'un quatrième étage. Le traumatisme porta sur la région pariétale gauche. Il est à peine besoin de dire qu'il se produisit une fracture du crâne, qui se compliqua d'une destruction assez étendue de substance cérébrale. Mais, et c'est là que réside l'intérêt de l'observation, le malade ne ressentit aucune commotion; il n'eut pas même de perte de connaissance, à tel point qu'il put parfaitement raconter les événements qui s'étaient passés. Comme seuls symptômes, à part la lésion elle-même, on ne notait que de l'hémiplégie droite et de l'hémianesthésie du même côté.

Une intervention s'imposait : il fallait au plus vite débarrasser la substance cérébrale des esquilles osseuses qu'elle pouvait renfermer. Pendant qu'on enlevait la plus grosse de ces esquilles, il se fit une hémorrhagie du sinus longitudinal ; on en vint facilement à bout par la compression à la gaze iodoformée. C'est encore là un point qui est digne de remarque. Peu après l'opération, l'hémiplégie disparut, l'hémianesthésie s'amenda. Les symptômes nerveux avaient cédé. Pour que le malade fût complètement guéri, et pour qu'il ne fût plus à l'avenir exposé à aucune espèce de récidive, à aucun accident de cet ordre, l'on pratiqua, quinze jours à peu près après la première intervention, une transplantation osseuse, et, de la sorte, on put prévenir une hernie cérébrale qui semblait sur le point de se former. Le malade quitta l'hôpital avec une simple parésie de la jambe droite.

A quoi faut-il attribuer la singulière bénignité des accidents qui succédèrent à un traumatisme d'une si violente intensité? L'auteur nous en donne l'explication : la région corticale motrice ne fut pas endommagée, comme on aurait pu le croire ; les troubles nerveux observés ne doivent, en effet, être rapportés qu'à de l'œdème cérébral. Cette interprétation permet bien de comprendre la contradiction apparente qu'il y avait entre l'existence d'une hémiplégie et d'une hémianesthésie développées sous l'influence d'un fort traumatisme d'une part, et la conservation d'un bon état général, l'absence de commotion de l'autre.

Le purpura de l'enfance.

Gross (*Pester med.-chir. Presse*, 1894, n° 41) a fait une étude complète du purpura chez les enfants, et formule quelques conclusions qui sont dignes d'être retenues.

Ce n'est pas, dit-il, une maladie fréquente à cet âge, puisque sur 9,055 enfants qu'il a vus, il n'a rencontré le purpura que 41 fois; et c'est sur ces 41 cas de purpura qu'ont porté les observations de l'auteur. L'éruption en elle-même ne diffère pas de l'éruption purpurique que nous sommes habitués à observer chez l'adulte : même forme, même couleur, mêmes taches en un mot. Néanmoins l'auteur insiste sur les modifications que les taches peuvent subir, et sur les caractères différents qu'elles peuvent présenter, par suite des changements de coloration particulièrement, on mieux par suite des changements de nuance que revêt la tache purpurique sous des influences encore mal déterminées.

Le purpura, qui peut se rencontrer sur toute la surface cutanée, se localise surtout aux extrémités.

Dans la moitié des cas, il s'accompagne de douleurs articulaires; et dans une proportion à peu près égale, on rencontre de la fièvre, pouvant atteindre 40° parfois. C'est alors une maladie en tous points semblable à une infection. Ce qui appuie encore cette hypothèse, c'est que les phénomènes hémorrhagiques ne se bornent pas au purpura : il y a en outre, dans certains cas isolés, dans certains cas combinés entre eux, épistaxis, hémorrhagie buccale, vomissements sanguins, selles sanglantes, hématurie, etc. Une fois même, l'auteur a rencontré ces hémorrhagies jusque dans le cerveau, et un épanchement sanguin dans ses enveloppes; enfin il cite une observation où il fut à même de constater des convulsions cloniques dans le cours d'un purpura, ce qui montre bien que celui-ci avait revêtu la nature des infections les plus sérieuses. Signalons encore une paralysie complète des membres du côté gauche, qui rétrocéda complètement au bout de quelques semaines.

Ces quelques faits montrent bien le sens qu'il faut attacher au purpura des enfants. Il faut en faire une affection où le purpura n'apparaît que comme un symptôme assez constant, mais susceptible de donner naissance à des phénomènes véritablement graves dans certaines circonstances. Cependant, il ne faudrait pas croire que le purpura ait souvent une issue fatale. Au contraire, il guérit souvent, et Gross ne porte dans sa statistique la mortalité qu'à 5 0/0. Mais ce qui assombrit le pronostic, c'est la longue durée que peut avoir le purpura. Si parfois on le voit s'éteindre en huit jours, il n'est pas rare de le voir dans d'autres cas se prolonger et persister ainsi quelques mois, revêtant presque les allures d'une maladie chronique.

Des lésions de la vessie pendant la kélotomie.

M. Ostermayer (*Deutsche Zeitsch f. Chir.*, XXXIX) a fait une étude d'une incontestable utilité pratique sur les lésions vésicales qui peuvent se produire pendant la kélotomie. Il arrive d'ordinaire que l'opérateur reconnaisse la lésion pendant l'opération; mais, quelquefois, c'est plus tard que l'on s'aperçoit de la plaie vésicale, en présence de l'écoulement d'urine qui se manifeste dans ces conditions.

Bien souvent, presque toujours même pourrait-on dire, l'on ignore que la vessie, ou mieux une portion de la vessie se trouve dans le sac herniaire. La cystocèle, en effet, est une surprise pour l'opérateur. Il serait donc utile de connaître des symptômes permettant de savoir par avance que l'on trouvera une cystocèle, ou, si la certitude n'est pas possible, permettant du moins d'établir une sorte de probabilité. A ce point de vue, l'auteur insiste sur ce qu'il appelle la lipocèle prévésicale. C'est en arrière et en dedans du sac herniaire que le chirurgien verra une masse assez semblable au tissu adipeux, mais en différant par sa coloration d'un jaune plus sombre. Ce lipôme spécial reconnaît pour origine l'hypertrophie du tissu adipeux prévésical ; il a une enveloppe constituée par une membrane très mince, capable de donner le change pour un vrai sac herniaire.

La paroi de la vessie dans ces conditions est amincie et atrophiée; si, d'autre part, on sait que la lipocèle adhère intimement au sac, on verra facilement qu'il y a là deux conditions favorables à la production des lésions vésicales. Aussi, arrivé en présence d'une lipocèle prévésicale, le chirurgien devra apporter une grande attention à la dissection du sac.

Mais la lipocèle, si elle est un signe révélateur important, peut faire défaut, et alors la vessie et le sac adhèrent intimement entre eux. On conçoit facilement que, dans ces cas, rien ne permette de reconnaître la cystocèle ; on pourra croire à un sac herniaire, ou même à une anse intestinale, si la cystocèle est intrasacculaire. Il est vrai que ce dernier fait est loin d'être fréquent.

Ostermayer donc également des indications thérapeutiques qui peuvent se résumer ainsi : ou bien la vessie est intacte, ou bien elle est blessée. Il vaut mieux réduire la vessie si elle est intacte, que pratiquer la résection. Si, au contraire, la vessie est blessée, la conduite la meilleure consiste à réséquer le plus largement possible la partie de la vessie herniée. On suturera ; mais, comme il peut se faire que la plaie vésicale ne se cicatrise pas bien, il faudra laisser l'anneau ouvert, pour pouvoir, le cas échant, laisser un libre écoulement à l'urine.

Le travail d'Ostermayer se termine par trois observations personnelles. Dans la première, l'auteur trouva dans un sac herniaire une masse graisseuse qu'il excisa comme un simple lipôme herniaire, alors qu'il était en présence d'une lipocèle prévésicale. Le malade mourut deux jours plus tard dans le collapsus, sans être parvenu à uriner. Les deux autres observations ont trait à des malades où la lipocèle permit de reconnaître la présence de la vessie dans la hernie, et par suite d'éviter une lésion de cet organe. Des observations d'Ostermayer il résulte aussi que, si la lipocèle forme souvent une seule masse continue, elle peut aussi être constituée par deux tumeurs distinctes insérées par un pédicule sur la partie herniée de la vessie.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 17 avril. — Présidence de M. Le Dentu.

Les fistules urétéro-vaginales.

M. Richelot. — Je n'ai pas assisté à la dernière séance de la Société. J'ai lu le compte rendu donné par la *Gazette des Hôpitaux*, et je tiens à relever quelques passages de la communication faite par M. Tuffier.

Et d'abord, j'aborde la question de la fréquence des fistules urétero-vaginales. M. Tuffier nous dit qu'elles siègent à droite huit fois sur dix et qu'on les observe fréquemment. Je ne suis pas de cet avis et je me demande dans quels auteurs M. Tuffier a fait ses recherches. M. Tuffier admet, de plus, qu'il existe des fistules urétéro-vaginales incomplètes et qui guérissent d'elles-mêmes. Je ne puis nier le fait n'ayant pas sous les yeux un nombre suffisant d'exemples contraires. Mais je connais des fistulettes vaginales qui apparaissent huit ou dix jours après l'hystérectomie. Elles se produisent au moment de la chute des eschares. On les attribue à des lésions de l'uretère. Je crois qu'elles sont dues plutôt à des lésions du bas-fond de la vessie. Je n'en veux pour preuve que la date de leur apparition. Enfin ce sont des fistulettes qui guérissent spontanément.

En second lieu, pourquoi les fistules urétéro-vaginales siégent-elles de préférence du côté droit ? M. Tuffier nous dit que la cause de cette localisation réside dans la difficulte qu'il y a pour le chirurgien à pincer, de la main droite, le ligament large du côté droit, alors que la main gauche croisant la main droite soutient l'utérus. Mais nous savons bien que, dans l'opération de l'hystérectomie, le chirurgien ne peut tout faire seul et qu'il prend le soin de confier l'utérus à l'un de ses aides, ayant ainsi les deux mains parfaitement libres et non croisées comme le veut M. Tuffier. La manœuvre est, en somme, la même des deux côtés, pour le pincement des ligaments larges. Ce n'est donc pas ainsi que l'on peut blesser l'uretère.

Néanmoins, il m'est arrivé deux fois de blesser l'uretère. Aux deux fois, j'ai blessé l'uretère droit. Mais je sais pourquoi je l'ai blessé. C'était au temps de mes premières hystérectomies, j'opérais sur des utérus adhérents et ce sont les adhérences siégeant du côté droit qui ont été la cause de l'accident. Mais, je le répète, jamais je ne croise les mains dans l'hystérectomie vaginale.

J'ai cru devoir donner des règles pour éviter la blessure de l'uretère au cours de l'hystérectomie vaginale. J'ai recommandé de décoller les deux feuillets péritonéaux du ligament large, d'aller à la recherche de l'artère utérine avec le doigt, et, avec le doigt comme guide, de pincer le ligament large. Dans le fond, l'uretère ne court de danger que si, dans ce pincement, on pousse trop en dehors une pince trop longue.

M. Segond. — M. Bazy a dit que la néphrectomie se montrait plus souvent nécessaire après les hystérectomies vaginales qu'après les hystérectomies abdominales. Je ne discuterai pas son plaidoyer, je n'ai pas des arguments suffisants. M. Poirier fait remarquer qu'une pince qui pince les ligaments larges ne pince jamais l'uretère, si cette pince a été bien placée et s'il n'existe pas d'anomalie. Quant aux veines dont il a parlé (Voir *Gazette Médicale* du 13 avril 1895), c'est en allant les pincer secondairement qu'on blesse l'uretère. Ces pinces secondairement placées sont donc des pinces dangereuses. Je déclare que je n'ai jamais eu à les placer au cours de mes opérations. M. Routier dit que les blessures de l'uretère sont tardives et le plus souvent dues à la chute des eschares. Dans les deux cas que j'ai vus, ce fait existait. Il y avait analogie complète avec les fistulettes vésicales dont nous parlait tout à l'heure M. Richelot. En somme, nous n'aurions donc ainsi blessé l'uretère que par l'intermédiaire du processus gangréneux.

Dans ma dernière communication, j'ai donné quelques considérations sur les moyens les plus sûrs d'éviter l'uretère. Elles n'ont pas été bien comprises. Voici ce que j'ai voulu dire. Je ne connais qu'une méthode pour enlever l'utérus par le vagin : c'est la méthode du morcellement. Mais je conviens que cette méthode a, pour ainsi dire, plusieurs procédés à sa disposition, et qu'elle les emploie suivant les cas. Or, quel que soit le procédé de morcellement employé, il y a deux manœuvres qui mettent à l'abri de la blessure de l'uretère : *a)* faire une incision suffisamment ouverte pour bien voir ; *b) libérer* le col de l'uterus. C'est ce terme qui a été mal compris. Libérer voulait dire amputer, tout simplement. Evidemment, les difficultés seraient surmontables et tous les procédés seraient bons, si l'utérus se présentait toujours normal. Mais nous avons souvent affaire à des gros utérus. Ce sont ces gros utérus qui nous rapprochent de l'uretère par leurs dimensions anormales, car nous savons bien que l'uretère, lui, ne bouge pas. Il n'y a selon moi, que la *libération* du col qui nous mette en garde contre les blessures de l'uretère dans ces cas là.

M. Schwartz. — J'ai fait, jusqu'aujourd'hui, plus de cent hystérectomies, et je n'ai jamais vu de fistules urétéro-vaginales à la suite de mes opérations. Je pense, comme M. Segond, que, pour éviter de blesser l'uretère, il faut enlever le col, et, après la libération du col, je prends toujours le soin de me rapprocher le plus possible de l'utérus. Je crois devoir à cette règle de n'avoir jamais blessé l'uretère.

M. Bazy. — Je n'ai pas dit que la néphrectomie fût plus probable à la suite des hystérectomies vaginales qu'après les hystérectomies abdominales. Mais j'estime qu'il faut employer un procédé qui réponde à deux desiderata : *a)* guérir la fistule ; *b)* empêcher le rétrécissement de se produire ; car, alors, si vous supprimez l'excrétion de l'organe, c'est comme si vous supprimiez sa fonction et vous courez après une néphrectomie à longue échéance.

M. Quénu. — Il me paraît impossible et illicite de vouloir noyer la section médiane avec le morcellement. Si on morcelle, c'est pour diminuer le volume de l'organe ; si on sectionne sur la ligne médiane, c'est pour abaisser plus facilement l'utérus et placer plus facilement les pinces. Je déclare que, dans ma pratique, je ne pratique le morcellement que dans les hystérectomies pour salpingites avec adhérences.

M. Reynier. — J'appuierai les observations de MM. Schwartz et Quénu de mes observations propres. Sur plus de cent-vingt hystérectomies je n'ai pas eu de fistules urétéro-vaginales. Je

crois qu'il faut placer ses pinces le plus près possible du col et je crois qu'il est bon d'employer, à cet effet, des pinces à mors courts. Elles sont plus maniables et l'on sait mieux ce que l'on saisit avec elles qu'avec les grandes pinces à ligaments larges.

M. Poirier. — Ces petites pinces à mors courts me paraissent insuffisantes. Elles ont une longueur de trois centimètres, trop faible pour aller pincer l'artère utérine.

M. Reynier. — C'est très vrai, mais il est alors facile de les pousser et d'obvier ainsi à leur défaut de longueur.

M. Michaux. — Mes nombreuses opérations me permettent d'être de l'avis de M. Richelot et de penser que la plupart des fistules sont dues à des ouvertures de la vessie consécutives à des chutes d'eschares.

La discussion sur les fistules urétéro-vaginales sera continuée dans la prochaine séance.

Tumeurs de la région sacro-coccygienne.

M. Kirmisson. — Vous vous rappelez l'intéressante observation, que nous a lue M. Broca, dans laquelle une petite fille naquit avec une volumineuse tumeur de la région sacro-coccygienne dont le point d'insertion se trouvait placé surtout à droite de la ligne médiane et repoussait en avant l'anus et le rectum. A l'âge de deux mois et demi, le 31 octobre 1894, cette tumeur fut enlevée par M. Broca. Une incision elliptique fut faite autour du pédicule de la tumeur avec conservation d'un lambeau de peau suffisante pour permettre la réunion. M. Broca fit la dissection du pédicule ; il sectionna transversalement le sacrum et put ainsi faire basculer le produit morbide. Finalement, l'opération fut suivie d'une guérison parfaite.

Ce qu'il y a de plus intéressant dans cette observation, c'est la pathogénie des tumeurs de la région sacro-coccygienne. On sait que l'origine de ces tumeurs peut présenter des variétés nombreuses : le canal neurentérique de l'embryon, la moelle épinière, etc... Dans la tumeur qui nous occupe, M. Cazin a pratiqué des examens histologiques qui ont donné les résultats suivants : *a*) dans la partie antérieure de la tumeur il y avait des fragments canaliculés rappelant la constitution de l'intestin. C'étaient des restes du canal neurentérique de l'embryon ; *b*) dans la partie postérieure, les notions sont moins exactes : M. Cazin dit que c'est un épithélium à cils vibratiles dans des cavités kystiques ; M. Retterer, dont la compétence est bien connue dans la matière, dit que cet épithélium à cils vibratiles répond à celui qui tapisse le canal central de la moelle. Malgré ce défaut d'identité absolue, on doit pouvoir dire que la partie postérieure de la tumeur n'était qu'un reste de la moelle de l'embryon.

En somme, c'est là une question d'histologie difficile. L'observation de M. Broca n'en est pas moins fort instructive, car elle vient grossir le contingent de nos connaissances sur la pathogénie des tumeurs de la région sacro-coccygienne.

Mort subite pendant la chloroformisation.

M. Picqué. — J'ai l'honneur de vous communiquer un rapport sur une observation de M. Bayer (de Prague) ayant trait à la mort subite survenue chez un enfant pendant la chloroformisation.

Cet enfant avait déjà été chloroformisé une fois, et il n'y avait eu aucun accident. Quelque temps plus tard, devant subir une seconde opération, l'enfant en question est de nouveau chloroformisé. Pendant la narcose, il présenta cette fois des troubles musculaires, qui se renouvelèrent une fois la narcose terminée : tremblements, etc. Bientôt le pouls devint petit, la pupille se dilata, et, malgré tous les soins auxquels on eut recours, l'enfant mourut de syncope cardiaque, après que 45 grammes de chloroforme lui eurent été administrés.

A l'autopsie, on trouva une hyperthrophie du thymus, des follicules clos de la rate, du larynx et de l'œsophage. De plus, il y avait hypertrophie du ventriculaire gauche.

M. Bayer, et c'est là l'intérêt de l'observation, invoque l'hypertrophie du thymus pour expliquer la mort. Cette coïncidence entre l'hypertrophie du thymus et la mort subite n'est pas chose nouvelle. On sait que l'hypertrophie du thymus a été considérée comme provoquant une gêne dans la circulation veineuse, et tout le monde connaît la théorie aujourd'hui surannée de l'asthme thymique. Actuellement, on considère ces faits comme d'ordre éclamptique, du moins chez nous.

D'autres auteurs ont vu dans l'hypertrophie du thymus une cause de compression de la trachée. Mais, bien mieux accueillie est la thèse d'après laquelle l'hypertrophie du thymus fait partie d'une dystrophie constitutionnelle, caractérisée par l'hypertrophie des follicules clos. C'est cet état qu'on appelle l'état thymique en Allemagne.

On considère souvent les troubles circulatoires et cardiaques comme fréquents chez les individus possédant cette constitution. C'est aussi ces faits qu'invoque l'auteur pour expliquer que la syncope se soit produite chez le malade qui fait le sujet de son observation. Mettons d'ailleurs en lumière ce fait : que la mort qui arrive d'ordinaire au début de la narcose est survenue dix minutes après cette narcose.

Je terminerai en citant, comme moyen de rappel à la vie recommandé par M. Bayer dans les cas d'accident chloroformique, la percussion répétée de la région précordiale ou procédé de Kœnig.

Fracture de l'extrémité inférieure du fémur.

M. Walther apporte à la Société l'observation d'un malade atteint d'une fracture de l'extrémité inférieure du fémur qu'il a traitée par l'arthrotomie avec suture osseuse. Le malade revu un an plus tard présentait un genou plus volumineux que celui du côté opposé, mais pas de douleur, et des mouvements de flexion ne dépassant pas l'angle droit. Cette intervention a été autorisée par l'écartement des condyles consécutifs à la fracture. Les résultats sont satisfaisants et le malade peut travailler aujourd'hui de son métier de parqueteur.

Calcul biliaire et cholédocotomie en deux temps, sans suture.

M. Quénu présente un calcul de deux centimètres de diamètre qu'il a retiré du canal cholédoque dans sa portion sus-duodénale. L'auteur rapporte l'observation à la Société. Il a fait, et c'est là le côté intéressant et original de son travail, la cholédocotomie en deux temps sans suture. Une fistule biliaire a suivi l'opération. Elle n'a duré que quinze jours. Aujourd'hui, la malade ne présente plus de phénomènes de rétention biliaire. Elle est parfaitement guérie.

Accidents consécutifs aux pansements phéniqués.

M. Quénu. — J'ai observé ce matin deux faits que je demande à signaler, non par leur nouveauté, mais dans le but d'indiquer une fois de plus aux médecins avec quels ménagements ils doivent faire usage de l'acide phénique.

Il s'agit de deux malades atteints de gangrène des téguments en contact avec des pansements phéniqués. Chez le premier, je ne sais quelle était la dose de l'acide phénique employé ; chez le second, et le fait est intéressant à noter, le pansement avait été fait avec une solution phéniquée à 1 0/0.

J. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 16 avril.

A propos de l'hermaphrodisme.

M. Lagneau revient sur la question de l'hermaphrodisme en présentant à l'Académie les photographies de deux hermaphrodites inscrits comme filles sur les registres de l'état-civil. Chez eux, la fente vulvaire est intermédiaire aux deux lèvres ou lobes d'un

scrotum bifide. Dans la grande lèvre de cette vulve, l'un de ces sujets présente un testicule.

L'orateur déclare que ces cas d'hermaphrodisme s'observent plus souvent qu'on le croit. Les malformations des organes génito-urinaires se rencontreraient en moyenne cinq fois sur mille sujets.

Elections de deux correspondants nationaux.

Première élection.

Votants : 42. — Majorité : 22.

MM. Testut (de Lyon)	35 voix *(élu).*
Fiessinger (d'Oyonnax)	3 —
Soulier (de Lyon)	3 —
Bulletins blancs	2 —

Deuxième élection.

MM. Bertrand (médecin de la marine)	31 voix *(élu).*
Fiessinger	7 —
Soulier	2 —
Bulletins blancs	2 —

J. P.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 10 avril.

Paludisme et angine de poitrine.

M. Miron Sigalea (de Roman). — On a signalé jusqu'ici, dans les pays où règne le paludisme, l'influence des germes miasmatiques sur un très grand nombre de maladies. Je ne crois pas que cette influence ait encore été signalée dans l'angine de poitrine.

Je viens de recueillir cinq observations qui ne me laissent aucun doute sur l'étroitesse des rapports existant entre l'angine de poitrine et le paludisme. L'évidence de ces rapports paraît d'autant plus nette que, quatre fois, les accès d'*angor pectoris* ont été calmés rapidement par l'administration de sels de quinine. Ces crises d'*angor pectoris* avaient été consécutives à des accès fébriles. Chez le malade qui fait le sujet de ma cinquième observation, la mort est survenue à la suite d'un accès d'angine de poitrine et voici quelles lésions l'autopsie nous a montrées : hypertrophie de la rate, lésions du plexus cardiaque et du ganglion de Wrisberg analogues à celles qui ont été décrites par M. Lancereaux. Or, ce malade était un paludique avéré, et les crises d'*angor pectoris* s'étaient montrées chez lui bien après les premières manifestations de l'infection paludéenne.

Traitement des vomissements spasmodiques par les courants continus descendants.

M. Larat — Au nom de M. Gautier et au mien, j'apporte à la Société la communication d'une note concernant la valeur thérapeutique des courants continus descendants dans les vomissements incoercibles nerveux. A l'appui de ma communication, j'apporte cinq observations de vomissements spasmodiques survenus en dehors de toute gravidité et dans lesquels la galvanisation descendante a été suivie d'un succès complet.

M. Bardet. — Je ne suis pas aussi enthousiaste que M. Larat. Comme lui, j'ai appliqué les courants continus descendants dans le traitement des vomissements incoercibles de causes variées, mais avec moins de succès. J'ai, à mon actif, vingt-deux observations et, dans le nombre, je n'enregistre que cinq succès, tous dans des cas de vomissements purement nerveux. Dans les vomissements incoercibles de la grossesse, je n'ai éprouvé par ce traitement que des déceptions.

Le plus souvent, à l'exemple de Semmola, j'ai utilisé la galvanisation descendante du pneumogastrique; j'ai introduit trois fois un électrode dans l'estomac. Cette méthode est toujours restée sans succès.

Je crois donc qu'il faut observer les plus grandes réserves sur l'emploi de la galvanisation descendante dans le traitement des vomissements spasmodiques. Parfois, d'ailleurs, ceux-ci cessent brusquement, d'une façon spontanée.

M. Larat. — J'insisterai sur la durée que doit avoir le traitement. La galvanisation ne dure que cinq minutes dans la méthode de M. Bardet. Nous l'avons faite pendant un quart d'heure, une demi-heure, quelquefois même trois quarts d'heure. Nous avons enfin répété les séances plusieurs fois par jour. Nous avons obtenu des succès constants et je sais que M. Semmola n'a jamais eu d'insuccès. Il considère même cette thérapeutique comme un moyen de diagnostic : Tous les vomissements incoercibles qui ne guérissent pas ainsi, dit-il, doivent être considérés comme liés à l'existence d'une affection gastrique ou utérine.

J. P.

LES LIVRES

Société d'Editions scientifiques, place de l'Ecole-de-Médecine 4, rue Antoine-Dubois, Paris.

Traité médico-chirurgical de l'hépatite suppurée des pays chauds, grands abcès du foie, par L.-E. Bertrand; médecin en chef de la marine, ancien professeur aux écoles de médecine navale, membre de la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle, et J. Fontan, professeur de chirurgie navale et de chirurgie d'armée à l'école de médecine navale de Toulon, membre correspondant de la Société de chirurgie, in-8° raisin de 732 pages, avec tracés et figures. Prix : 16 fr.

Le livre que MM. Bertrand et Fontan présentent au public médical est la plus complète des monographies de l'hépatite suppurative.

Officiers supérieurs du corps de santé de la marine, professeurs aux écoles de médecine navale, chefs d'importants services de médecine ou de chirurgie dans les hôpitaux maritimes et, plus particulièrement, à l'hôpital Saint-Mandrier, lieu principal, sinon unique, de déharquement pour les malades rapatriés par les transports de l'Extrême-Orient, établissement nosocomial aussi riche en sujets d'étude, pour la pathologie coloniale, que n'importe quel hôpital du plus malsain des pays intertropicaux, MM. Bertrand et Fontan possédaient l'autorité scientifique requise et les éléments matériels voulus pour écrire un livre qui, comme le leur, fût, tout à la fois, une œuvre personnelle et la synthèse des meilleurs travaux que compte, sur ce sujet, la littérature médicale de tous les temps et de tous les peuples.

Le livre comprend onze chapitres. Le premier est une étude historique générale avec citations et commentaires. Le second traite de la distribution géographique de l'hépatite suppurative. Pour apprécier la fréquence relative de cette maladie sur les divers points du globe, les auteurs se sont, comme ils le disent, efforcés de substituer des chiffres aux formules conventionnelles de la plupart des traités. Ce n'est pas leur faute, si les statistiques qu'ils produisent à cet effet ne sont pas, absolument toutes, récentes et inédites. Le troisième est relatif à l'anatomie pathologique. Un grand nombre de nécropsies, d'examens histologiques et d'expériences sur les animaux ont permis à MM. Bertrand et Fontan de contrôler sur ce point les travaux antérieurs, de les confirmer, de les compléter ou de les rectifier au besoin. Le quatrième est un exposé analytique et critique des causes présumées ou certaines de la maladie dont ils s'occupent. La dysenterie est, pour eux, comme pour tous les médecins versés dans la pathologie coloniale, le grand facteur étiologique des suppurations du foie. Le cinquième est une étude de pathogénie. Le sixième se rapporte à la symptomatologie générale. Les formes type, fruste, larvée de l'hépatite y sont soigneusement étudiées. Le septième consacre, aux migrations des abcès, tous les développements que comporte cette intéressante question. Le huitième traite de la symptomatologie analytique. Il compte plusieurs paragraphes absolument neufs. Les complications et suites font l'objet du neuvième

chapitre. Le dixième est une étude à fond du diagnostic et du pronostic. Au onzième et dernier appartiennent la prophylaxie, le traitement médical et le traitement chirurgical avec ses complications et ses suites. Cette partie du livre de MM. Bertrand et Fontan est destinée à faire marcher la thérapeutique des abcès du foie dans une voie féconde. Cette maladie, peu connue et peu opérée dans les grands centres scientifiques, n'avait pas bénéficié, dans une assez large mesure, des progrès de la chirurgie antiseptique. Les auteurs, en multipliant les preuves statistiques, les détails de technique opératoire et les exemples tirés en grand nombre de leur pratique personnelle, ont tenu à prouver que la chirurgie du foie est aussi légitime, et doit être aussi heureuse que toute autre chirurgie des viscères, celle des organes génitaux de la femme, par exemple. Les médecins de l'armée, de la marine, des colonies, trouveront dans ce chapitre assez de faits et de descriptions pour se familiariser définitivement avec toutes les manœuvres opératoires que comportent les diverses variétés d'abcès du foie.

L'ouvrage se termine par une série d'*observations* cliniques choisies, dont un grand nombre inédites, et un riche répertoire bibliographique *non copié*.

En dernière analyse, le livre de MM. Bertrand et Fontan est une œuvre originale, fortement documentée. S'il n'était convenu qu'en ces questions « le temps ne fait rien à l'affaire » nous pourrions ajouter qu'il représente un travail assidûment poursuivi, pendant trois ans, sur des matériaux tirés, non seulement des bibliothèques, mais encore, et surtout, de l'observation clinique et anatomique directes.

Chez Rueff et Cie, éditeurs, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

Les Dégénérés. Un vol. peau pleine souple, tête dorée : 3 fr. 50.

La constitution du groupe des dégénérés est l'objet des plus grands dissentiments. Dans le présent travail, les auteurs tentent de donner à ce groupe ses limites vraies, en montrant la place qu'il doit occuper dans une classification. Ils passent en revue la doctrine de Morel, en établissent les points faibles tout en conservant le principe ; ils la complètent et la modifient dans le détail.

Les Aortites, un volume peau pleine souple tête dorée : 3 fr. 50.

Dans ces dernières années l'examen bactériologique a été pratiqué dans certaines observations d'aortites aiguës, cette méthode a jeté un jour nouveau sur l'étiologie de ces affections et prouvé que certaines d'entre elles ont une origine infectieuse. Ces notions nouvelles ont engagé les auteurs à faire des affections de l'aorte une division étiologique, et dans ce volume ils donnent au point de vue anatomo-pathologique et au point de vue clinique, les caractères propres de chaque forme.

Les ophtalmies du nouveau-né. Un volume peau pleine, souple, tête dorée : 3 fr. 50.

Dans ce volume sont étudiées les diverses ophtalmies qui, si elles ne sont pas toutes spéciales au premier âge, revêtent un caractère particulier chez le nouveau-né et méritent à ce titre une étude à part, d'autant que leur différenciation n'est pas toujours chose facile.

Cet ouvrage traite en particulier de l'ophtalmie purulente qui est, en somme, le but réel de ce travail à cause de son importance et de ses suites.

Ces trois volumes font partie de la collection médicale fondée par J. M. Charcot et G. M. Debove, dirigée par G. M. Debove, membre de l'Académie de Médecine, professeur à la Faculté de Médecine de Paris, médecin de l'hôpital Andral.

AVIS. — MM. les actionnaires de **la Gazette Médicale** *sont prévenus qu'une réunion extraordinaire aura lieu le mardi 30 avril courant chez le Directeur, M. de Ranse, 53, avenue Montaigne, Paris.*

ACTES DE LA FACULTÉ

DU 22 AU 27 AVRIL 1895

EXAMENS

Lundi 22 avril. — *Dissection* : MM. Segond, Remy, Poirier. — 2e Oral (1re partie, 1re série) : MM. Marchand, Gley, Weiss. — 2e Oral (1re partie, 2e série) : MM. Fournier, Gancher, Sebilean. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Delbet, Jalaguier, Tuffier. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Kirmisson, Ricard, Lejars. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu : MM. Potain, Hayem, Déjerine.

Mardi 23 avril. — 2e Oral (1re partie, 1re série) : MM. Polaillon, Nélaton, Roger. — 2e Oral (1re partie, 2e série) : MM. Mathias-Duval, Charrin, Poirier. — 2e Oral (1re partie, 3e série) : MM. Remy, Quénu, Marie. — 3e Oral (1re partie) : MM. Panas, Albarran, Bar. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité (1re série) : MM. Le Dentu, Richelot, Brun. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité (2e série) : MM. Guyon, Campenon, Schwartz. — 5e (2e partie), Charité : MM. Hallopeau, Chantemesse, Gilbert.

Mercredi 24 avril. — *Dissection* : MM. Mathias-Duval, Poirier, Sebileau. — 2e Oral (1re partie) : MM. Hayem, Remy, Tuffier. — 2e (2e partie) : MM. Gley, Weiss, André. — 3e Oral (1re partie) : MM. Segond, Ricard, Varnier. — 3e (2e partie) : MM. Potain, Landouzy, Déjerine. — 4e : MM. Pouchet, Joffroy, Netter.

Jeudi 25 avril. — *Médecine opératoire* : MM. Panas, Richelot, Brun. — 2e Oral (1re partie, 1re série) : MM. Remy, Chantemesse, Poirier. — 2e Oral (1re partie, 2e série) : MM. Hallopeau, Quénu, Albarran. — 2e (2e partie) : MM. Grancher, Pouchet, Ballet. — 3e Oral (1re partie) : MM. Budin, Schwartz, Nélaton.

Vendredi 26 avril. — *Dissection* : MM. Marchand, Retterer, Poirier. 2e (2e partie) : MM. Gley, Weiss, André. — 3e (2e partie) : MM. Straus, Chauffard, Gaucher. — 4e : MM. Pouchet, Landouzy, Netter. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité (1re série) : MM. Delbet, Ricard, Lejars. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité (2e série) : MM. Segond, Jalaguier, Tuffier. — 5e (2e partie), Charité : MM. Grancher, Brissaud, Déjerine. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Kirmisson, Varnier.

Samedi 27 avril. — *Dissection* : MM. Cornil, Mathias-Duval, Quénu. — 2e Oral (1re partie, 1re série) : MM. Le Dentu, Remy, Schwartz. — 2e Oral (1re partie, 2e série) : MM. Richelot, Campenon, Poirier. — 3e (2e partie) : MM. Hallopeau, Ballet, Ménétrier. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu : MM. Panas, Polaillon, Nélaton. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Dieulafoy, Gilbert, Roger. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Joffroy, Marfan, Letulle. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique d'Accouchements, rue d'Assas : MM. Budin, Bar, Albarran.

THÈSES

Mercredi 24 avril, à 1 heure. — *M. Mazier* : Dégénérescence de l'espèce humaine. Ses causes principales (MM. Pinard, Marchand, Brissaud, Lejars). — *M. Ricrad* : De la dilatation du col de l'utérus contre les vomissements incoercibles de la grossesse (MM. Pinard, Marchand, Brissaud, Lejars). — *M. Pefaye* : Etude de quelques opérations sur l'utérus et les annexes dans leurs rapports avec la grossesse et l'accouchement (MM. Pinard, Marchand, Brissaud, Lejars). — *M. Clément* : Etude clinique sur le rapport de quelques affections des fosses nasales avec les organes respiratoires inférieurs (MM. Terrier, Kirmisson, Jalaguier, Delbet). — *M. Malençon* : Contribution à l'étude des lipômes intra-musculaires des muscles de la vie de relation (MM. Terrier, Kirmisson, Jalaguier, Delbet). — *M. Malherde* : L'évidement pétro-mastoïdien dans le traitement des suppurations de l'oreille moyenne (MM. Terrier, Kirmisson, Jalaguier, Declet). — *M. Perrin* : De la dermatite de Duhring au cours de la grossesse (MM. Fournier, Straus, Chauffard, Gaucher). — *M. Langlois* : Contribution à l'étude des pleurésies partielles et de la pleurésie du sommet (MM. Straus, Fournier, Chauffard, Gaucher).

Jeudi 25 avril, à 1 heure. — *M. Bournhonet* : Contribution à l'étude de la névralgie du moignon (MM. Guyon, Berger, Campenon, Letulle). — *M. Batsere* : Sur une variété du phlegmon du cou (MM. Guyon, Berger, Campenon, Letulle). — *M. Bourdier* : Insertion vicieuse du placenta en tamponnement vaginal (MM. Tarnier, Joffroy, Bar, Roger). — *M. Rieder* : Recherches sur les urines à la deuxième période de la paralysie générale (MM. Joffroy, Tarnier, Bar, Roger). — *M. Bietrix* : Etude de quelques faits relatifs à la morphologie générale du système circulatoire à propos du réseau branchial des poissons (MM. Mathias-Duval, Dieulafoy, Retterer, Ménétrier). — *M. Barreiro* : Contribution à l'étude du muscle grand dentelé (MM. Dieulafoy. Mathias-Duval, Retterer, Ménétrier). —

66e Année. 9e Série. Tome II — N° 17 — 27 Avril 1895

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : **Dr F. de RANSE** — *Rédacteur en chef :* **Dr Pierre SEBILEAU**

Secrétaire de la Rédaction : **M. Em. EMERY**

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 28, rue Vignon

TRAVAUX ORIGINAUX

Le Dr Marion Sims à Paris. — Souvenirs.

Par le Dr Edmond Souchon, ancien interne des Hôpitaux de Paris, professeur d'anatomie et de clinique chirurgicale à l'Université de Tulane (Nouvelle-Orléans, Louisiane).

J'ai souvent raconté à mes amis comment il m'est arrivé de rencontrer notre chirurgien de génie, le docteur Marion Sims, à Paris, et ses premiers débuts dans la capitale française. Tous furent toujours intéressés par ce récit, ainsi qu'à tout ce qui avait trait à cet homme de bien et de génie, et ils m'ont souvent demandé d'en écrire la petite histoire pour le bénéfice de la profession. Je me rends aujourd'hui à leur désir, regrettant bien profondément pour tous que ma plume ne soit pas mieux douée pour faire honneur à mon héros et à mes lecteurs.

Dans l'automne de l'année 1860, j'entrai à l'hôpital de la Charité, rue Jacob, comme élève bénévole, dans le service du vénérable et renommé professeur Velpeau. C'était mon premier début dans l'étude de la médecine.

Les facilités là-bas pour les commençants ne sont pas aussi grandes qu'ici, surtout dans nos hôpitaux du Sud, et pour arriver près des malades et du professeur, un simple élève volontaire devait montrer beaucoup de zèle auprès de tous, surtout auprès des tout puissants internes ou seigneurs du service.

Après plusieurs mois d'essai, j'avais réussi à entrer dans leurs bonnes grâces, et ayant obtenu la charge du livre d'entrée et de sortie des malades, avec le numéro du lit, le diagnostic, les dates, etc., dont le maître se servait pour ses leçons de clinique, j'avais ainsi réussi à être en aussi bons termes avec le professeur Velpeau qu'un petit élève aussi insignifiant pouvait espérer l'être avec le tout puissant maître qu'était le grand Velpeau, dans une ville comme le grand Paris de cette période. Ceci peut paraître un peu étrange à des élèves américains, mais ce n'en est pas moins vrai.

De bon matin au mois d'octobre 1861, l'année où éclata la guerre de la Sécession, je me rendais à l'hôpital, et comme j'étais sur le point de franchir la grille, mon attention fut immédiatement attirée par la figure et l'apparence d'un homme qui se dirigeait, lui aussi, vers la grille, mais venant de la direction opposée. Que sa figure et son apparence m'aient frappé du premier abord, c'est ce qui sera facilement compris de tous ceux qui ont eu le bonheur de connaître notre grand chirurgien américain. Son expression caractéristique de douceur, ses yeux noirs, petits, enfoncés, brillants, ses sourcils touffus, l'expression demi-souriante de ses lèvres laissées libres par l'absence de moustache ou de barbe, produisirent sur moi une impression plus profonde qu'un coup d'œil produit ordinairement. Je reconnus de suite qu'il était étranger — et pas un Anglais; mais sûrement, et sans erreur possible, un Américain; peut-être, vivement pensa mon cœur de jeune rebelle, un Sudiste; il l'est, pensais-je de suite après; car il semble si doux, si bon, et pourtant si ferme et si plein de confiance en lui-même !

Tout ceci ne prit que quelques secondes, et je continuai à me diriger vers la salle de mon service, traversant les cours avec un élève marchant aussi à mes côtés, et l'étranger nous suivant de près. Lorsque j'atteignis la porte de ma salle, je la franchis et la refermai. Elle fut bientôt ouverte de nouveau, et fermée. En me retournant, je remarquai « mon Américain ». Le docteur me dit plus tard qu'arrivé au pied de l'escalier, l'autre élève continua dans une autre direction que moi, et qu'il fut perplexe de savoir lequel il suivrait. Après un court instant d'hésitation, il se dit : « Eh bien ! je crois que je m'attacherai au plus petit ». Le plus petit c'était moi.

J'allai vers le lit du malade qui gardait les tabliers blancs que les élèves portent là-bas, et pendant que j'en mettais un, l'étranger vint à moi, et, après un très gracieux salut, dit, en parlant lentement et distinctement, afin que le Français auquel il pensait parler put avoir quelque chance de le comprendre. « Le-professeur-Velpeau-sera-t-il-ici-aujourd'hui? »

J'éclatai de rire, et lui répondis en anglais : « Non, monsieur, le professeur Velpeau est absent et ne sera de retour que dans deux semaines. » Son beau visage s'éclaira au son de la langue anglaise, alors qu'il s'y attendait si peu. « D'où êtes-vous donc, dit-il, que vous parlez l'Anglais? » « Je suis du Sud, de la Nouvelle-Orléans », répondis-je, pensant que cela calmerait son enthousiasme s'il était un Yankee.

Bien loin de là! Il me saisit la main, et, la pressant à la briser, me dit : « Mais, moi aussi, je suis un Sudiste; j'ai vécu longtemps à Montgomery, dans l'Alabama ». De suite, alors, nous devînmes amis. Je fis visiter l'hôpital au docteur, et finalement je lui demandai ce qu'il était venu faire ici.

« Je suis, dit-il, le docteur Marion Sims, habitant maintenant New-York. J'ai inventé une méthode opératoire pour les fistules vésico-vaginales qui réussit presque invariablement. » Il me regarda pour voir si le nom avait produit sur moi quelque effet. Mais, pas du tout! Nous n'avions jamais entendu parler du docteur Marion Sims à Paris! Bien mieux, nous savions tous que personne au monde ne comprenait rien aux opérations de fistules vésico-vaginales, excepté le professeur Jobert de Lamballe, de l'Hôtel-Dieu, et que même lui ne réussissait qu'exceptionnellement même en employant son procédé de glissement; aussi l'idée que ce nouvel inconnu vint à Paris apprendre aux chirurgiens français comment on guérit les fistules vésico-vaginales infailliblement ébranla-t-elle ma confiance dans mon ami de fraîche date.

Il me dit qu'il avait une lettre du Dr Valentine Mott, de New-York, pour le professeur Velpeau; qu'il était anxieux de faire la connaissance du professeur, pour obtenir de lui un cas à opérer devant lui, et démontrer ainsi sa nouvelle méthode. « Eh bien, dis-je, il sera de retour dans une quinzaine environ », bien assez tôt pour ton bien, pensais-je en moi-même.

Pendant ce temps-là, le docteur demeurait dans une petite pension privée près de la rue de l'Université et de l'hôpital. Il m'invita à dîner dès sa première visite, et j'allai le voir une ou deux fois, afin de lui signaler les différentes idées des hommes qu'il allait probablement rencontrer. Il était tout le temps si fermement confiant, si doux, si modeste, si magnétique que je commençai à me sentir profondément attiré vers lui. De sorte que, lorsque le moment du retour de Velpeau était proche, j'étais monté à un haut diapason et aussi anxieux que mon ami, qu'il eût bientôt un cas à opérer.

A la fin, le professeur Velpeau arriva, et j'avertis de suite le Dr Sims; il arriva bientôt, et présenta sa lettre que Velpeau lut couramment; mais quand il s'agit de parler à Sims, il était fort embarrassé pour s'exprimer clairement, et me chercha des yeux. Il en était toujours ainsi quand des Anglais de distinction visitaient l'hôpital. Les Anglais lisaient et écrivaient le français aussi bien que les Français lisaient et écrivaient l'anglais; beaucoup mieux que je ne le faisais moi-même en ce temps-là; cependant, quand ils venaient à parler, ils avaient la plus grande peine à se comprendre, et on m'envoyait toujours chercher pour les aider.

A cette époque, Velpeau touchait à la fin d'une carrière des plus laborieuses, et quoique l'âge et le succès l'aient adouci, il gardait toujours les traces de son humble et rude origine de paysan, et de ses victoires si durement gagnées. Par moments, la raideur hautaine des années de lutte lui revenait. Il en fût un peu ainsi à ce moment, et il ne fut pas pour Sims ce qu'il aurait dû être, pensais-je, et sa froideur envers lui me serra un peu le cœur, car je trouvais cela de mauvais augure. La vérité est, que le nom d'Américain, à cette époque, à Paris, évoquait toujours le nom de Barnum, et le fait qu'un chirurgien, comparativement tout jeune, se posât comme un opérateur, presque toujours heureux, de fistules vésico-vaginales, alors que personne ne réussissait, pas même Jobert de Lamballe, avait en quelque sorte prévenu Velpeau contre Sims.

Après quelques rares paroles, Velpeau me dit : « Eh bien! que veut-il? » Je traduisis la question à Sims, qui, de suite, me répondit modestement, mais avec fermeté : « Je désirerais un cas pour démontrer mon opération, si le professeur voudrait être assez bon pour m'en procurer un ». « C'est bien, dit Velpeau, je lui en aurai un », d'une façon qui montrait qu'il avait peu de confiance dans le résultat final. Il tourna alors sur ses talons et, sans un shake-hand ni un mot de plus à Sims, il continua sa visite. Je me sentis froissé, mais je ne pouvais rien dire, ni ne dis rien. Velpeau était l'idole de tous les jeunes aspirants chirurgiens, le demi-dieu du jour. Nélaton commençait alors à poindre et n'avait pas encore eu son fameux cas de Garibaldi, qui lui donna une réputation universelle.

Pendant plusieurs jours, aucun cas ne se présenta. Sims venait tous les matins. Je le présentai à tous les jeunes chirurgiens qui gravitaient autour du maître, afin qu'il ne les oubliât pas. A tous ceux qui s'informaient de lui, il disait : « Je désire un cas à opérer » et, moi-même, je leur disais : « Il veut un cas à opérer ».

A la fin, un cas se présenta et, ainsi que le sort le voulut, un cas de difficulté modérée. « Grâce au ciel, m'écriai-je », mon orgueil d'Américain excité à un haut point, de crainte que Sims ne réussisse pas. Ce fut un grand soulagement quand il me dit qu'il était sûr de réussir.

Dès lors, tout le vieux quartier latin savait la nouvelle, qui s'était propagée d'un hôpital à l'autre. Au jour de l'opération, le petit amphithéâtre de la Charité était bondé d'élèves et l'arène elle-même remplie par les professeurs de chirurgie les plus distingués de la capitale : Velpeau, Nélaton, Ricord, Malgaigne, etc., tous, excepté Jobert de Lamballe, qui ne voulût pas venir.

Avant de commencer l'opération, le docteur Sims en fit la description graphique, en se servant d'un morceau d'ouate épaisse et résistance, dans laquelle il découpa une ouverture représentant la fistule, puis il aviva les bords obliquement en une seule languette, passa ensuite les fils de soie, puis les fils d'argent, etc. Le docteur s'adressa à moi pour traduire à mesure qu'il parlait. Je ne m'attendais pas à cela, surtout devant un pareil auditoire et je me sentis ému et effrayé, mais il insista si bien, avec son sourire et son regard si doux tous deux, que je me levai, tout tremblant et, d'une voix hésitante, je répétais en français chaque phrase, à mesure qu'il la disait en anglais; graduellement, cependant, je m'aperçus que ce n'était pas si difficile après tout; je m'enhardis et j'allai jusqu'au bout sans trop de peine.

Après la description, le docteur Sims procéda à l'opération même, qu'il pratiqua avec l'habileté et la grâce qui le caractérisaient. Elle fut fait en un clin d'œil, pour ainsi dire, suivie et veillée tout le temps par les chirurgiens français. Quand le docteur eut fini, une salve d'applaudissements éclata sur les bancs; les professeurs rendirent justice à la façon dont l'opération avait été faite, se réservant toutefois jusqu'au jour où les fils seraient enlevés.

Le docteur Sims soigna le cas lui-même dans la salle et, pendant les jours suivants, fut toujours confiant dans le succès; en effet, ce fut un succès, et un succès phénoménal.

Le neuvième jour, le même amphithéâtre était de nouveau bondé de monde pour voir l'enlèvement des fils; le cas fut déclaré guéri et cela fut confirmé par les chirurgiens français, qui gracieusement, firent leur compliment au docteur Sims.

L'enthousiasme des étudiants français dépassa encore leur première manifestation, et comme ils ne pouvaient pas très bien se saisir du Dr Sims pour le porter en triomphe sur leurs épaules, les internes se saisirent de moi, et m'emportèrent déjeuner avec eux dans la salle de garde :

un bien grand et bien exceptionnel honneur en ce temps, car je n'étais qu'un vulgaire petit élève de première année.

Je parlai plus que je ne mangeai, et le résultat de toute cette excitation d'esprit et de cœur fut un fameux mal de tête qui me força à garder le lit pendant vingt-quatre heures.

Cependant, quelques-uns semblaient croire que c'était un succès dû peut-être au hasard; mais ils devaient bientôt être détrompés. Aussitôt après, le Dr Sims partit en guerre à la recherche d'un autre cas qui lui fut procuré par un médecin dans sa clientèle privée. Mais ce cas fut bien près d'être un Waterloo. Il fut placé dans une maison privée, à l'hôtel Voltaire, quai Voltaire. La malade était une petite femme, courte, grosse, ramassée et très obstinée. Tout à coup, elle refusa résolument de se soumettre à l'opération, à moins qu'on ne lui donnât du chloroforme à l'endormir profondément. Ceci ennuya beaucoup le Dr Sims, parce qu'en ce temps-là, on ne croyait pas qu'il fût très prudent de placer une malade sur le côté gauche, le côté du cœur, pour donner le chloroforme au point que la malade fût maintenue complètement immobile, puisqu'on ne pouvait rien faire autrement et pendant aussi longtemps qu'une heure ou deux. On était loin alors des idées actuelles. Il fut impossible de vaincre son entêtement, et il fallut subir sa volonté.

Tout marcha bien pendant assez longtemps, lorsque tout à coup, la respiration devint stertoreuse, la face bleue et le pouls mauvais. Il fallut suspendre l'opération jusqu'à ce que la malade fût restaurée. On reprit alors l'opération, mais bientôt les mêmes symptômes reparurent. Les choses commençaient à s'assombrir, au point de se demander si l'opérateur pourrait finir l'opération.

Mais il ne devait pas en être ainsi ; l'opération devait être complétée, mais il fallut toute la détermination et toute l'habileté de Sims pour la terminer heureusement. Pendant tout cela, les invités de distinction qui étaient présents ne disaient et ne faisaient rien, laissant à Sims et à ses assistants tous les soins de la lutte et tout le mérite en cas de succès, et toute l'humiliation en cas d'insuccès. A un certain moment, je m'adressai à Velpeau pour lui demander ce qu'il pensait de l'état de la malade. Il secoua sa vieille tête argentée et je communiquai de suite à Sims ce que je croyais que cela voulait dire, afin qu'il en tirât tout le parti possible. A la fin, la malade se remit et fut mise au lit. A l'expiration du temps ordinaire, ce cas fut aussi déclaré un succès.

Deux semaines environ plus tard, le professeur Jarjavay trouva un autre cas sur lequel le Dr Sims opéra à l'hôpital Saint-Antoine. A l'époque où les fils furent enlevés, le docteur ne fut pas très satisfait de l'apparence des tissus, et exprima la crainte que peut-être persisterait-il une petite fistule qui nécessiterait une autre opération, ce à quoi le professeur Jarjavay répondit qu'une fistulette serait une chose de peu d'importance. Quoique cela fût dit dans un bon esprit, il y eut quelques personnes qui ne purent s'empêcher de penser qu'il y avait des gens qui acclameraient cela comme un échec à la méthode américaine, soi-disant infaillible. Mais aucune fistulette ne persista, et ce cas fut également proclamé un succès complet.

A partir de ce temps, les cas furent très fréquents ; et cela se comprend, puisqu'on ne guérissait pas les fistules vésico-vaginales, leur nombre s'accumulait. C'est surtout dans la clientèle privée qu'ils étaient fréquents, et le Dr Sims cueillait succès sur succès avec la plus grande facilité.

Cependant, il se heurta encore à un mauvais cas, pire que celui de l'hôtel Voltaire. C'est le fameux cas de la comtesse, à la campagne, dans un château, une malade du professeur Nélaton. Elle aussi insista pour être profondément endormie. Lorsque l'opération fut à moitié terminée, elle présenta subitement des symptômes des plus alarmants. C'est alors que Nélaton poussa le fameux cri légendaire : « Tête en bas ! » dont tous ceux qui sont au courant de ces sujets doivent se souvenir. Après beaucoup d'anxiété l'illustre infortunée fut ramenée à la vie, et l'opération fut achevée avec sécurité. Ce fut aussi un succès.

Les cas se suivirent rapidement partout où se trouvait le docteur : à Paris, à Londres, en Allemagne, etc. ; il était tout le temps occupé avec des fistules ou d'autres maladies de femmes. Ce fut lui qui alors sema par toute l'Europe les germes féconds de la vraie science gynécologique, si éminemment et si profondément américaine.

Partout où Sims allait le succès le suivait, et il faisait constamment, de bon cœur, beaucoup d'opérations par charité. Il est le seul homme que j'aie jamais connu ou dont j'aie jamais entendu parler, qui ait eu une pareille vogue partout où il allait. Aucun chirurgien, français anglais ou allemand, ne pouvait aller dans la capitale d'un autre pays et y avoir un pareil succès, quelle que fût sa grande renommée dans son propre pays. Le Dr Sims se fit un grand nombre d'amis parmi les chirurgiens de tous les pays, et il ne pouvait en être autrement avec des façons si aimables et sans prétentions. Cependant, quelques-unes de ces manières sans façon, à l'américaine, ne plurent pas à tous, et quelques-uns lui firent un peu froide mine. Peut-être n'étaient-ils que trop heureux de trouver une tache, quelque insignifiante qu'elle fût, dans ce joyau si pur ! Sûrement, s'ils avaient pu lire dans sa belle âme, ils auraient vu combien ses manières étaient sans arrière-pensées, et combien il se doutait peu qu'il causât des commentaires.

Quelque temps après tous ces événements, le docteur fit venir sa famille pour demeurer à Paris. A partir de ce moment, l'histoire du docteur est connue de tous les Américains, fiers du chirurgien de génie, né dans notre grand pays.

Un jour, il me dit dans un moment d'épanchement : « Combien ce fut heureux pour moi de vous avoir rencontré le matin que je suis allé à la Charité. J'étais si découragé que j'étais à peu près décidé à m'en retourner en Amérique. » Certes, c'était sa bonté qui le faisait s'exprimer ainsi, et avec tant de conviction, car il aurait certainement trouvé un autre pour remplir auprès de lui le rôle que je fus si fortuné et si heureux de remplir moi-même.

Il dépensait son argent avec largesse ; tous les Sudistes et les Nordistes, alors à Paris, et dans la gêne, ressentirent les effets de sa générosité.

Une fois, chez lui, rue de Balzac, nous étions seuls dans son cabinet, lorsqu'il me dit tout à coup : « Comment vous tirez-vous d'affaire ici? » « Eh bien ! lui dis-je, je meurs de faim le plus lentement possible. Toutes les ressources de chez moi ont cessé depuis que la guerre a été déclarée et que les ports sont bloqués, et, sans une petite place que le professeur Velpeau et le docteur Rambaud me procurèrent, j'aurais certainement succombé à la faim et au froid. » Il répondit : « Je serais heureux de vous fournir tout ce qui vous est nécessaire ; je fais beaucoup d'argent maintenant. » Je le remerciai beaucoup, mais je refusai avec gratitude toute assistance, redoutant de m'endetter, car alors il faudrait rembourser plus tard, et pour le moment il était assez douteux que je puisse durer assez longtemps pour payer aucune dette. Il ne fut content que lorsque je lui promis de m'adresser à lui si jamais j'étais dans le besoin. Tout cela fut dit avec une simplicité tout à fait surprenante,

surtout pour quelqu'un habitué par l'éducation et la fréquentation aux français si bons, mais si exubérants.

L'année suivante, cependant, le moment était arrivé pour me préparer pour le concours de l'Internat des hôpitaux de Paris Ce concours est, là-bas, le « pont aux ânes ». Il est considéré comme étant la preuve qu'il y a quelque chose dans celui qui le franchit. En fait, ils sont peu nombreux, ceux qui réussissent à Paris, sans avoir passé par cette épreuve. C'est réellement un concours difficile qui demande tout le temps de tout élève, depuis le grand matin jusqu'au soir tard, pour réussir. Il y a peu qui réussissent à la première tentative; d'ordinaire, il faut essayer deux fois, à une année d'intervalle. Il me fallait réussir en une seule année, ou renoncer à l'étude de la médecine. Il me fallait, par conséquent, la libre disposition de tout mon temps pendant toute cette année, et il me fallait donc renoncer à ma petite place. Mais si je ne pouvais obtenir du docteur Sims qu'il m'aidât, comme il me l'avait offert, qu'en adviendrait-il de moi? Certainement, il m'avait offert son aide, mais il y avait bientôt deux ans de cela, et peut-être avait-il changé d'idée; et puis, le pourrait-il maintenant qu'il lui fallait pourvoir aux besoins d'une grande famille dans la capitale la plus gaie et la plus chère à vivre.

Je me rendis chez lui. Il demeurait alors dans la rue de Surène, si familière à tous les Américains; mais il n'était pas à Paris et ne reviendrait pas de quelque temps. Quand? Personne ne le savait au juste. Il était à Londres, et fort occupé là-bas. Le temps cependant passait; il me fallait prendre une décision — et pas de docteur Sims! A la fin, il revint!

J'allai le voir vers le milieu du jour, pensant qu'à cette heure il serait probablement seul. En effet, il était seul, prenant son lunch. Il m'accueillit comme à l'ordinaire, avec son doux regard, son sourire bienveillant et une chaude poignée de main. Il m'invita à luncher avec lui. Je m'assis à sa table, mais il me fut impossible d'avaler le plus petit morceau; ma bouche était sèche, ma gorge serrée et mon cœur battait vite et fort. Après quelques paroles insignifiantes, je fis appel à tout mon courage, et lui dis: « Docteur, vous m'avez dit une fois que si jamais j'étais dans le besoin, de venir à vous et que vous m'aideriez. Eh bien! je suis aujourd'hui dans une grande détresse, et tout dépend de vous. » « Quoi! qu'est-il donc arrivé, Souchon? » dit-il, avec une expression d'inquiétude sur son visage. Je lui répondis: « Il me faut renoncer à ma petite place pour avoir le temps de me préparer à l'Internat, et à moins que vous me donniez aujourd'hui l'aide que vous m'avez offerte, il y a deux ans, il me faudra renoncer à l'étude de la médecine. » « Oh non! dit-il; ne faites pas cela; je vous aiderai, certainement! Combien voulez-vous? « Cela fut dit avec une bonté si simple et si naturelle que je sentis mon cœur s'affaisser sur moi; je me sentis comme si l'on venait de m'enlever un poids de mille livres de sur la poitrine. « Trente dollars (cent cinquante francs) par mois me suffiront » dis-je. « Quoi, dit-il, un dollar seulement par jour; oh non! prenez-en deux. » Je le remerciai avec beaucoup de reconnaissance, et consentis à accepter un dollar et demi par jour, lui faisant la remarque que peut-être je ne pourrais jamais lui rendre même ce peu. « C'est bien, dit-il, je suis satisfait de courir cette chance-là. » Il se retira dans son cabinet, et revint bientôt après avec un chèque pour le premier mois d'avance, et aussi pour quelques centaines de francs pour acheter du linge et des vêtements dont j'avais peut-être besoin, dit-il. Je le crois, que j'en avais besoin! A partir de ce temps, le chèque arriva tous les mois, quel que fût l'endroit où il se trouvait: en Allemagne, en France, en Angleterre, en Amérique. Il ne l'oublia pas une seule fois, et lorsque, bien rarement, il lui arrivait d'être en retard de quelques jours, il m'écrivait quelques mots d'excuse.

Lorsqu'à la fin, je fus assez heureux pour réussir au concours, et que je lui télégraphiai à Londres, il répondit immédiatement, par dépêche, que la nouvelle avait causé une grande joie dans toute la famille.

La réputation du docteur avait atteint de telles proportions, que le gouvernement français lui présenta la décoration de la Légion d'honneur, le rêve de tous les Français. Il se trouva que j'étais chez lui quand l'estafette lui apporta l'enveloppe magistrale au grand sceau, qui renfermait le brevet. Ce fut une cause de grande réjouissance pour sa famille et pour tous ses amis, lui, surtout, était heureux, parce que tous autour de lui étaient heureux. Je fus dépêché au Palais-Royal pour acheter le ruban qui se porte à la boutonnière. Je le choisis aussi bien et aussi simple que je pensais qu'il aimerait à l'avoir, et je revins à la maison où j'eus le bonheur qu'il me demandât à le placer moi-même à la boutonnière, sur le côté gauche, sur son cœur si noble et si bon!

Un autre exemple de sa grande bonté fut, lorsqu'il visitait un hôpital à Londres; le médecin de service lui dit qu'il avait dans une des salles un chirurgien confédéré, qui, le cœur brisé de la défaite du Sud, avait quitté son pays, courbé sous le joug du vainqueur, pour échapper à cette vue et pour chercher un peu de repos quelque part. A bord du navire il avait travaillé comme garçon de table pour payer son passage; mais peu de temps après son arrivée à Londres, son peu d'argent, sa pauvre santé, son pauvre cœur, tout s'était écroulé à la fois, et il avait échoué dans un hôpital de Londres. Sims alla de suite à lui, reconnut un ami de l'Alabama, le réconforta, le fit soigner mieux encore, le fit venir dans sa propre maison, et enfin, l'aida plus tard à retourner dans son pays. Tout ceci m'a été dit par l'homme lui-même qui fut, après son retour, un des plus remarquables professeurs de médecine dans une des écoles les plus renommées du Sud.

Je ne me souviens pas que le docteur Sims ait été malade qu'une seule fois. Il était seul au Grand-Hôtel, à Paris, sans aucun membre de sa famille près de lui, lorsqu'il me fit dire de venir le voir. Il souffrait depuis quelque temps d'un retour de douleur et de gonflement dans la région iliaque droite, et paraissait inquiet de son état. Sûrement, si cela avait été quelques années plus tard, il aurait été *appendicitisé* (!). Mais, grâce à Dieu, il guérit sans le bistouri.

Hélas, il n'est pas de bonheur sans nuage sur cette terre! Ce fut mon douloureux partage d'être chez lui lorsqu'il reçut la nouvelle de la mort de son fils aîné, Granville. Ce n'était qu'un court message bientôt lu, suivi d'un cri et d'un sanglot: « Oh, Dieu! Granville est mort! » Granville s'était arraché de Paris et de sa famille et avait été à la Havane afin de trouver une occasion pour franchir le blocus. Ce fut pendant qu'il attendait le moment opportun, qu'il fut attaqué de la fièvre jaune et succomba rapidement.

Beaucoup de choses pourraient être encore racontées sur ce grand homme de bien pendant son séjour à Paris; mais, je le répète, il faudrait quelqu'un de plus capable que moi, pour traiter avec justice un pareil sujet.

Il fut certainement un des hommes les plus magnétiques que j'ai rencontrés, et il produisit sur moi une si profonde impression par son génie, son énergie, son courage, sa bonté et sa douceur, qu'il fut le modèle, l'étoile que je m'efforçais de suivre.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 24 avril. — Présidence de M. Théophile Anger.

Les fistules urétéro-vaginales.

M. Chaput. — Je ne veux faire aujourd'hui que de très courtes réflexions sur le sujet que l'on discute depuis trois séances au sein de la Société. J'insisterai sur le mécanisme et le traitement des fistules urétéro-vaginales. Comme M. Segond, je pense que l'on pince rarement l'uretère primitivement. Je pense aussi que les fistules urétéro-vaginales sont fréquemment la suite d'eschares secondaires, ainsi qu'on l'a déjà dit. D'autre part, les guérisons spontanées ne se font pas aussi simplement que le pense M. Tuffier. Les fistules qui guérissent ainsi, ne sont pour la plupart que des fistules vésico-vaginales.

J'en arrive au traitement de ces fistules. La suture de l'uretère est aléatoire à cause du faible calibre de ce conduit. Il y a, nous le savons, deux voies possibles pour traiter ces fistules : la voie vaginale et la voie abdominale. Quand vous opérez ces fistules par le vagin, vous opérez dans un milieu étroit, vous évitez difficilement la rétraction cicatricielle. Je crois donc que la voie vaginale est une voie d'exception. Je sais que l'on a obtenu des guérisons par cette voie ; mais est-on sûr que la non rétraction cicatricielle ait permis d'éviter, dans ces cas, la suppression physiologique fonctionnelle du rein correspondant.

Au contraire, l'abouchement de l'uretère dans la vessie par la voie abdominale me paraît être le procédé de choix. Elle a été depuis longtemps recommandée par Bazy, Tuffier, etc. Encore cette méthode ne compte-t-elle pas que des succès. Tuffier a conseillé dans les cas difficiles d'aboucher l'uretère à la peau de l'abdomen et de pratiquer ensuite la néphrectomie.

Pour moi, on peut éviter la néphrectomie. Il suffit pour cela, ainsi que je l'ai conseillé et pratiqué avec succès depuis trois ans bientôt, de faire l'abouchement de l'uretère dans l'intestin.

La discussion sur les fistules urétéro-vaginales est renvoyée à la prochaine séance.

Etude sur la chirurgie du cholédoque. — Laparotomie exploratrice. — Cholédocotomie en deux temps sans suture.

M. Quénu. — Depuis l'opération de Kummel, qui date de 1890, les interventions sur le cholédoque ont été rarement pratiquées en France. J'en trouve sept cas publiés en France. A l'étranger, les faits sont plus nombreux. M. Terrier en a rassemblé dix-sept et je trouve dans la thèse récente de mon interne, M. Lepetit, un total de cinquante cas.

Et pourtant, faut-il attendre, ainsi que le conseillait M. Hanot dans une communication orale récente, que la rétention biliaire date de plus de trois mois avant d'intervenir et que le foie soit alors dans un état d'insuffisance marquée. Une première question se pose à ce sujet : les médecins peuvent-ils poser sûrement le diagnostic de la lithiase du cholédoque ? On sait que quelques-uns des symptômes de la lithiase peuvent manquer. D'autre part, le signe de Terrier : atrophie de la vésicule dans les cas de lithiase, distension de la vésicule dans les cas d'obstruction cancéreuse, n'est pas encore la perfection. Il faut faire les mêmes réserves pour les cas de compressions du cholédoque par des tumeurs voisines de ce conduit. Il semble, en somme, impossible, à parler franc, de diagnostiquer l'obstruction du cholédoque par un calcul, et la persistance de la rétention biliaire impose la laparotomie exploratrice.

C'est la conduite que j'ai tenue dans les trois cas douteux dont j'apporte aujourd'hui les observations au cours de ce travail. Dans le premier cas, je fis une laparotomie exploratrice et je ne trouvai qu'une cirrhose hépatique manifeste. Le malade continua d'aller dans la suite comme il avait été avant mon exploration.

La seconde observation a trait à une femme qui présenta à plusieurs reprises le syndrome de la lithiase biliaire et chez laquelle la laparotomie exploratrice ne me fit voir, sur le trajet du cholédoque, que la présence d'une petite tumeur, dont l'analyse microscopique révéla la nature cancéreuse.

La troisième observation, je vous l'ai déjà rapportée en partie, je vous en reparlerai tout à l'heure.

Mais auparavant, je désire vous dire quelques mots de l'exploration du cholédoque au cours de la laparotomie. Dans certains cas, cette exploration est facile, il n'y a ni altérations péritonéales ni rapports anormaux. D'autres fois, et le cas que vous a rapporté M. Hartmann en était un exemple, il existe des adhérences sérieuses du péritoine, et c'est au milieu d'un magma confus que l'on va rechercher le cholédoque.

Permettez-moi d'ajouter à ces considérations quelques règles basées sur mes recherches anatomiques pour les modes d'explorations du cholédoque. On a conseillé l'incision latérale parallèle au bord externe du muscle droit. Je crois que l'incision sur la ligne médiane vaut tout autant. Le chirurgien se place donc à la gauche de l'opéré, il fait une incision sur la ligne médiane, il relève le foie et il délimite le duodénum et le pylore. Puis il remonte au col de la vésicule biliaire et explore le cholédoque. Mes expériences cadavériques m'ont montré que même un tout petit calcul peut être senti dans tout le trajet du canal, il donne en effet la sensation d'une consistance toute spéciale. Mais cette exploration est beaucoup plus difficile s'il existe des adhérences qui ont rapproché le foie du duodénum. Dans ces cas, on peut, si la vésicule ne paraît pas tout d'abord, prendre pour fil conducteur le cordon de la veine ombilicale.

On sait donc par l'exploration du cholédoque qu'il existe un calcul dans le trajet de ce canal ; comment faudra-t-il le traiter ? Trois moyens se présentent au chirurgien : *a*) la cholécystostomie ; *b*) la cholécystolitothritie ; *c*) la cholédocotomie.

Cette dernière opération me paraît être l'opération de choix. L'idéal est évidemment de pouvoir inciser le cholédoque au niveau du point où le calcul s'est arrêté. A ce point de vue, je considère trois segments au canal cholédoque selon qu'il est *sus-duodénal*, *rétro-duodénal* ou *sous-duodénal*.

Nous savons que, au cours de cette opération, la suture du canal cholédoque n'empêche pas une fistule biliaire de se produire et nous savons que la bile aseptique, dans certains cas, n'entraîne pas de complications péritonéales. Il importe néanmoins d'assurer l'écoulement de la bile à l'extérieur.

Dans ce but, j'ai pratiqué la cholédocotomie en deux temps et voici le résumé de mon observation : une femme a été atteinte de coliques hépatiques il y a six ans. Depuis neuf mois elle présente un ictère intense. Je la vois à la fin du mois d'octobre 1894.

Le 19 novembre, je fais la laparotomie exploratrice par une incision médiane sus-ombilicale. La vésicule biliaire est petite et vide. Profondément le doigt sent un calcul dans le trajet du cholédoque. Allant donc des lèvres de la plaie abdominale jusqu'au calcul je m'étais ménagé un conduit que je limitai avec de la gaze iodoformée me réservant d'ouvrir le cholédoque au niveau du calcul huit jours plus tard. Mais je n'attendis pas si longtemps. Des vomissements bilieux apparurent le soir même et le lendemain de l'opération avec selles décolorées. Cinq jours après, j'arrive de très bonne heure à l'hôpital et je vois ma malade en proie à un gros frisson avec coloration ictérique intense, agitation, délire, en somme tout le syndrôme de l'intoxication biliaire. Devant ces phénomènes urgents je devance ma seconde intervention et je fais éthérifier subitement la malade.

J'arrive rapidement, grâce à mon drainage primitif à la gaze iodoformée, sur le calcul dont je me rappelais très bien la position. Avec un ciseau mousse et le doigt comme conducteur, je déchire le cholédoque. Le calcul est facilement extrait, vous l'avez

vu au cours de la dernière séance. Aussitôt l'opération, la température, que j'avais trouvée très élevée avant d'opérer, tombe comme par enchantement; elle descend de plus en plus dans la soirée et ne remonte pas les jours suivants au-dessus de la normale Puis, peu à peu, les selles se colorent, la teinte ictérique disparaît, la malade engraisse.

En résumé, mes observations et mes recherches me conduisent aux conclusions suivantes :

a) Dans toutes les rétentions biliaires qui durent plus de trois mois, l'exploration du cholédoque s'impose à l'aide de la laparotomie exploratrice.

b) L'épaississement des parois du cholédoque et l'hypertrophie du foie doivent dispenser de suturer le canal et faire accepter la fistule biliaire.

c) La cholédocotomie doit se faire en deux temps : établissement d'un conduit artificiel qui conduise au calcul, extirpation du calcul.

Nouveau procédé d'hystérectomie abdominale totale pour fibrômes utérins.

M. Richelot. — Nous sommes aujourd'hui à peu près tous convaincus qu'il faut dans l'hystérectomie abdominale éviter le pédicule. C'est du pédicule, en effet, que partent les accidents consécutifs à quelques-unes de nos opérations. Mais, pour éviter le pédicule, nous ne possédons pas un procédé unique, simple. Nous avons tous notre procédé, nous n'avons pas de règles sûres, invariables et pratiques.

C'est dans le but de parer à cet inconvénient que je vous présente le procédé suivant. Pour moi, il est définitif. Je le trouve aussi satisfaisant que possible, sinon parfait, et je n'aurais garde pour le moment d'en prendre un autre. Voici donc ma façon d'opérer :

Tout d'abord, un arsenal des plus simples : un bistouri, un ciseau, quelques pinces ordinaires, quelques pinces longuettes et deux des grandes pinces courbes que l'on employait autrefois dans l'hystérectomie vaginale. Ma malade occupe une position horizontale et je me mets entre ses jambes. Je pratique avec soin la désinfection du vagin, car mes doigts devront alternativement se porter dans le vagin et dans l'ouverture abdominale. Ces précautions étant prises, je fais une incision suspubienne verticale, j'attire l'utérus au dehors et je le couche en haut, sur l'abdomen, de façon à ce qu'il obture l'entrée de la plaie. Si mon utérus est enclavé dans le bassin, je commence tout d'abord par extirper le fibrôme. Puis, je taille un lambeau transversal sur le péritoine périvésical. Ceci me permet d'isoler la vessie de l'utérus et de la protéger. Je coupe alors ce lambeau longitudinalement et j'arrive sur le cul-de-sac antérieur du vagin. J'incise alors le cul-de-sac antérieur. Puis, j'incise sur les côtés les culs-de-sac latéraux. Mes doigts mis dans le vagin m'ont permis de refouler le cul-de-sac en haut, vers l'abdomen, et de mieux diriger mes incisions. Il est à remarquer que l'incision du cul-de-sac antérieur ne donne pas de sang. Puis, sur les côtés, il me suffit de placer par le vagin les grandes pinces courbes sur les ligaments larges. Je les place en protégeant l'uretère, très en dehors à ce niveau, et je saisis d'autant mieux toute la hauteur du ligament large que ma main, mise dans l'abdomen, a pu refouler le ligament entre les deux mors de ma pince. Il me suffit alors de sectionner l'utérus au point d'insertion du ligament large. Enfin, le cul-de-sac postérieur seul adhère encore. Je le coupe, mais sa coupe est saignante et j'y place deux ou trois pinces longuettes qui me préservent de l'hémorrhagie. J'enlève ainsi l'utérus par l'abdomen. Je place enfin un tampon dans l'abdomen, je le fixe au fond du vagin en tirant par le vagin le fil dont il est entouré. Ma cavité péritonéale est ainsi préservée comme dans l'hystérectomie vaginale. Je me garde bien de mettre des sutures et je ferme finalement la plaie abdominale.

En somme, cette opération est simple, rapide, elle demande peu d'instrumentation et ses suites, analogues à celles de l'hystérectomie vaginale, n'occasionnent pas plus d'inquiétudes pour le chirurgien.

Je l'ai pratiquée cinq fois. Dans quatre cas de fibrômes, elle m'a donné quatre succès. Je l'ai faite enfin pour un cas de cancer où j'ai eu un insuccès et où j'avoue qu'il aurait mieux valu ne pas la faire.

La discussion sur cette opération est renvoyée à la prochaine séance.

M. Poirier présente la pièce anatomique d'un doigt à ressort bien conforme à sa théorie articulaire de cette affection. Il fera un rapport sur ce sujet.

M. Nicaise offre à la Société une nouvelle édition de la *Chirurgie de Franco*, chirurgien du XVI[e] siècle. Dans ce livre, l'auteur a, au cours d'une longue introduction, résumé l'histoire de la chirurgie depuis Saint-Louis jusqu'en 1793, et donné des documents sur le collège de chirurgie de Saint-Côme. J. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 avril.

L'antipyrine au cours de certaines diarrhées de l'enfance.

M. Saint-Philippe (de Bordeaux) donne lecture d'un travail dans lequel il montre les bons effets de l'antipyrine au cours de certaines affections gastriques des jeunes enfants nourris soit au sein, soit au biberon, surtout lorsque ces troubles gastriques s'accompagnent d'un certain état fébrile. L'antipyrine convient de préférence dans les troubles gastro-intestinaux qui se montrent au moment de la dentition. Elle agit aussi dans les diarrhées saisonnières. On la donne à la dose de 0 gr. 50 dissoute dans 50 gr. de sirop de fleurs d'oranger et 50 gr. d'eau de tilleul. On donne de cinq à huit cuillerées par vingt-quatre heures, une avant chaque tétée.

On ne sait au juste comment agit l'antipyrine dans ces cas-là. Tout ce que l'on peut dire, c'est qu'elle est probablement hypothermisante de la muqueuse intestinale, qu'elle diminue la sécrétion de la muqueuse et dès lors ralentit les contractions intestinales.

Toutefois, l'antipyrine est contre-indiquée dans les maladies graves du tube digestif, à la première période du moins. Dans les diarrhées qui s'accompagnent d'hypo ou d'hyperthermie, on ne doit pas davantage l'employer.

Influence des poussières des fabriques sur la santé des ouvriers.

M. Lemaistre (de Limoges) lit un travail dans lequel il tend à démontrer que les ouvriers porcelainiers sont sujets à la sclérose du poumon, à cause des poussières qu'ils respirent dans les fabriques de porcelaines.

Contre ces inconvénients, l'orateur propose d'aérer les ateliers plus qu'on ne le fait, et de n'admettre parmi les ouvriers que des hommes exempts de toute tare scrofuleuse. J. P.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 19 avril.

Bruit de galop droit permanent dans la fièvre typhoïde.

M. Hanot. — Une femme de vingt-cinq ans a été prise, il y a cinq mois, d'une fièvre typhoïde grave dès le début avec phénomènes de collapsus, cyanose et hypothermie. Cette malade a présenté à la fin de sa fièvre typhoïde un bruit de galop qui a toujours persisté depuis. Il ne s'agit point d'un bruit de galop hyperthermique, analogue à ceux qu'a décrits M. Cuffer. Il ne s'agit pas non plus d'un bruit de galop dû à une hypertrophie du ventricule gauche, en relation avec l'état des reins ; il n'y a pas eu d'albuminurie persistante. M. Potain, qui a examiné la malade, conclut à un bruit de galop droit avec dilatation des cavités du cœur droit, le

maximum du bruit de galop est d'ailleurs au niveau du cœur droit; il s'entend à droite du sternum. Ces bruits de galop droits, sont généralement intermittents, et dus à une dilatation passagère des cavités cardiaques qu'on a pu attribuer à un réflexe parti des lésions intestinales. Cette explication ne saurait convenir au cas actuel, puisque le bruit de galop est permanent depuis cinq mois. Je le crois plutôt dû à une altération du myocarde développée au cours de la fièvre typhoïde. On sait que l'infection est au maximum dans le sang veineux; aussi n'est-il pas étonnant que le cœur droit ait été frappé plus que le cœur gauche. Ce bruit de galop est dû à une myocardite typhique du cœur droit.

Sérothérapie dans la diphtérie à Marseille.

MM. d'Astros et **Engelhardt** (travail lu par **M. Hutinel**). — Sur 322 cas examinés, la diphtérie pure ou associée n'existait que 194 fois, — sur les autres cas, 50 fois le streptocoque était l'agent causal.

Dans quelques cas, la diphtérie a pris des allures inflammatoires rappelant le phlegmon amygdalien au début.

Les injections préventives de sérum, pratiquées chez des enfants atteints de teigne, ont montré que dans la moitié des cas à peu près une élévation de température variant d'un demi-degré à un degré s'est présentée après l'injection.

L'effet le plus curieux du sérum est celui qui a été observé sur les fonctions menstruelles. Dans une série de cas (7 cas) le sérum a influencé nettement les fonctions menstruelles; appliqué au moment de l'époque des règles, le traitement sérothérapique les augmente; dans l'intervalle des règles, il les provoque. Une seule injection peut suffire à ce résultat. L'hémorrhagie utérine survient le lendemain du jour de l'injection ou les jours suivants; elle est d'abondance et de durée variables. Elle a généralement coïncidé avec une éruption cutanée.

Les injections ont été pratiquées une fois chez une femme enceinte, au quatrième mois de la grossesse. Elle a reçu 40 centimètres cubes. La grossesse ne fut troublée en rien.

La mortalité totale, avant la sérothérapie, était de 50.5 0/0; 38 0/0 pour les angines; 89 0/0 pour les croups. Depuis la sérothérapie, on a traité 96 malades — et il y a eu 22 décès.

49 angines : 8 décès.

46 croups : 14 décès.

1 conjonctivite diphtérique : 0 décès.

L'intubation a été pratiquée dans 30 cas, qui ont fourni 13 décès.

L'intubation exige une surveillance constante. M. d'Astros a perdu, dans la banlieue de Marseille, un enfant de onze ans, qui succomba, au bout de onze jours de maladie, à une crise d'asphyxie survenue après le rejet du tube dans une quinte de toux. Chez les jeunes enfants qu'on ne peut surveiller, la trachéotomie est peut-être préférable. Assez souvent, on a été obligé de retirer le tube obstrué par des fausses membranes. Dans la moyenne des cas, le tube a pu être supprimé du troisième au quatrième jour. La trachéotomie secondaire a été pratiquée, surtout dans le cas de diphtérie bronchique.

Appareils à intubation.

M. Sevestre présente divers instruments d'intubation modifiés par M. Collin.

En ce qui concerne l'introducteur, on sait que, dans l'appareil d'O'Dwyer, le mandrin était fixé au manche par un pas de vis. Ce pas de vis, dont le nettoyage est difficile, a, en outre, l'inconvénient de s'user, si bien que le tube arrive à ne plus pouvoir être fixé dans l'axe du manche. M. Collin a remplacé ce pas de vis par un système à baïonnette qui est beaucoup plus commode. Le déclanchement du mandrin, qui permet la mise en place du tube, s'opère à l'aide d'une gâchette, située sur le manche de l'appareil juste au-dessus du pouce de l'opérateur; on n'a, une fois le tube mis en place, qu'à soulever cette gâchette. Pour éviter ce mouvement lors de l'introduction du tube, l'opérateur n'a qu'à prendre alors son point d'appui au-dessus de cette gâchette, qu'il tendra forcément à rapprocher du manche (mouvement exactement opposé à celui qui est nécessaire pour le déclanchement).

L'angle formé par le mandrin et l'introducteur, obtus dans l'appareil d'O'Dwyer, a été modifié et est devenu plutôt aigu, de façon à ce que la direction du tube fût plus en rapport avec la position vraie du larynx.

Le système à baïonnette est commandé par une pièce métallique accollée au corps de l'introducteur sur laquelle aucun mouvement involontaire n'est à craindre pendant l'intubation.

Cette pièce cependant joue assez facilement d'avant en arrière, de façon à permettre un changement rapide de mandrin, dans le cas où c'est nécessaire.

Cet appareil se démonte et se nettoie facilement.

M. Collin a également heureusement modifié l'extracteur au point de vue de sa courbe, qui, trop prononcée, gênait dans l'extraction des tubes un peu longs, le dos de l'instrument venant buter contre la voûte palatine.

Enfin, M. Sevestre a étudié de concert avec M. Collin une modification importante des tubes eux-mêmes. On avait d'abord fait les tubes longs et assez lourds, pensant que leur poids contribuerait à les maintenir en place. M. Sevestre a pensé que c'était surtout le renflement moyen du tube, répondant aux ventricules du larynx, qui jouait ce rôle, et s'est décidé à supprimer la partie inférieure du tube située au-dessous des cordes vocales. Les tubes, ainsi raccourcis d'un centimètre environ, ont été employés jusqu'à présent dans 15 cas, et paraissent avoir tout aussi bien tenu que les tubes longs; certains enfants ont rendu du pus et des fausses membranes par ces tubes.

L'avantage de l'emploi de ces tubes courts est considérable: facilité plus grande d'introduction, moins de traumatisme du larynx.

M. Sevestre avait essayé d'abord d'employer des tubes en aluminium, à cause de leur légèreté; il a remarqué que ces tubes (tubes longs) étaient recouverts de détritus dans la partie située au-dessous des cordes vocales; il semble qu'il se fasse là, par suite du défaut d'adhérence entre le tube et la paroi, un amas de détritus, foyer d'infection possible qu'on a tout intérêt à supprimer. C'est un argument de plus en faveur des tubes courts. M. Sevestre a renoncé aux tubes en aluminium à cause de leur altérabilité.

Les tubes courts présenteraient enfin un avantage considérable au point de vue de la facilité de l'extraction. M. Baïeux, interne de M. Sevestre, a pu provoquer spontanément l'expulsion du tube court en appuyant sur l'extrémité inférieure du larynx et déterminant un violent effort d'expulsion laryngée. Il faut avoir le soin de maintenir la tête de l'enfant penchée en avant, se rapprochant de l'horizontale; il faut également que l'enfant soit maintenu bien droit.

Cette énucléation du tube court a été pratiquée avec succès dans une dizaine de cas.

L'extracteur, si cette méthode pouvait être généralisée, se trouverait réduit à sa plus simple expression; mais ces faits intéressants sont de date trop récente pour qu'on puisse d'ores et déjà conclure à sa suppression.

Traitement de la chlorose.

M. Hayem (note lue par **M. Siredey**). — Le treizième Congrès de médecine interne, qui vient d'avoir lieu à Munich, s'est occupé de l'emploi du fer dans le traitement de la chlorose. C'est une question dont je m'occupe depuis vingt ans et j'ai été heureux de voir l'accord se faire sur les moyens que j'ai conseillés : le repos au lit, le régime, les préparations ferrugineuses. J'ai conseillé le premier *le repos au lit très prolongé*. Au Congrès allemand, Nothnagel, von Ziemssen, Edlefsen s'en sont déclarés partisans. Il s'oppose à la destruction trop active des globules rouges. Les chlorotiques soumis à la fatigue détruisent énormément de glo-

hules rouges; à ce moment, on trouve dans l'urine beaucoup de pigments, en particulier de l'urohiline. Si on donne du fer, sans exiger le repos, le bénéfice du traitement est à peu près perdu. Le repos au lit agit favorablement sur l'état neurasthénique si fréquent des chlorotiques, lié souvent à un état dyspeptique. Cette dyspepsie est souvent liée au corset, qui gène l'évacuation gastrique. Si les malades se lèvent, il faut leur conseiller un corset souple et élastique.

Les Allemands ont attaché peu d'importance au régime gastrique, et, cependant, la chlorodyspepsie est une des formes les plus communes. Il existe le plus souvent des signes nets de gastrite parenchymateuse, quelquefois masqués par des interventions médicamenteuses. Dans la majorité des cas, il s'agit d'une dyspepsie de moyenne intensité avec dilatation par troubles évolutifs avec ou sans gêne mécanique à l'évacuation. Il faut commencer par soigner l'estomac avant d'administrer le fer. Au début, je conseille le lait et la viande crue, ensuite des œufs mollets, puis plus cuits, des poissons à chair maigre, des légumes verts ou en purée, des compotes de fruits. Je fais appliquer, en outre, le maillot humide sur l'estomac pendant la nuit.

Contrairement à Ziemssen, je pense qu'il faut d'abord améliorer l'estomac avant de prescrire le fer. Si on le donne immédiatement, on peut arriver sans doute à faire rougir les chlorotiques; mais cette guérison ne tient pas, parce que la dyspepsie, cause de la chlorose, a été aggravée par l'administration intempestive du fer.

Si la gastrite est intense, il faut supprimer le corset, prescrire un régime sévère, pratiquer des massages du ventre, au besoin quelques lavages d'estomac. Au bout de deux à quatre semaines le fer pourra être supporté.

Edlefsen conseille l'acide chlorhydrique avant le repas et le fer après. L'inverse me paraît préférable. Je fais prendre le fer au commencement du repas et l'acide chlorhydrique une demi-heure après.

Pour Bunge (de Bâle), le fer inorganique ne serait pas absorbé; d'après lui, le fer contenu dans la viande serait seul assimilable. Tous les autres médecins du Congrès ont, au contraire, admis la valeur des préparations ferrugineuses pharmaceutiques. Le fer est le vrai spécifique de la chlorose; aucun de ses succédanés (hydrothérapie, ballons d'oxygène) ne peut le remplacer. Au Congrès de Munich, on a surtout recommandé le carbonate de fer (pilules de Blaud). J'ai déjà dit ailleurs que les proto-sels de fer étaient toujours préférables. Parmi ceux-ci, je recommande l'oxalate de protoxyde de fer, associé à un peu de rhubarbe. Son action est de beaucoup la plus rapide.

Infection généralisée par le coli-bacille au cours de la grippe.

M. Siredey. — Un homme de 29 ans, atteint depuis quinze jours de grippe, entra à l'hôpital avec un état général mauvais, une température élevée, une albuminurie intense, un ensemble de phénomènes pouvant faire songer à une fièvre typhoïde compliquant la grippe. Cependant, il n'y avait pas de signes intestinaux (ni diarrhée, ni ballonnement, ni taches rosées). Au bout de deux ou trois jours, apparurent des signes d'urémie, coïncidant avec une augmentation de l'albumine.

Les urines recueillies aseptiquement contenaient une très grande quantité de coli-bacilles. La ponction de la rate fournit une culture de coli-bacille pur; de même dans un épanchement de la plèvre gauche.

Le malade mourut deux jours après; à l'autopsie, l'intestin ne présentait aucune lésion. Les reins présentaient tous deux une néphrite intense avec infarctus blancs du rein gauche (le colibacille fut retrouvé à ce niveau).

M. Siredey attire l'attention sur la forme franchement typhoïde de cette infection coli-bacillaire et la rapproche des observations présentées à la Société par MM. Chantemesse et Widal, par M. Fernet; en outre, sur la rareté de l'infection coli-bacillaire dans la grippe.

Kyste hydatique du foie infecté par le pneumocoque.

M. Galliard. — Un malade entra dans mon service avec des accidents faisant songer à une occlusion intestinale qui guérirent vite; mais le foie resta gros. Une ponction à ce niveau donna du pus non mélangé de bile, où on trouva du pneumocoque à l'état de pureté. Le kyste, d'origine hydatique, fut incisé largement par M. Gérard-Marchand, et le malade guérit. H. Méry.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance du 11 avril. — Présidence de M. Maygrier.

M. Pichevin présente une série de préparations microscopiques et de photo-micrographies. Les premières sont des coupes de l'utérus d'une femme morte de pneumonie 13 jours après un curage. On voit dans l'épaisseur de la couche musculaire le fond des culs-de-sac glandulaires qui ont échappé à l'instrument tranchant, et qui doivent servir d'amorce à la reproduction de la muqueuse. Une autre coupe a été faite sur un utérus enlevé cinq mois après le curage, la muqueuse est complètement régénérée. Enfin, sur la troisième série de coupes, qui ont été pratiquées sur l'utérus d'une femme à laquelle on avait appliqué, il y a plusieurs années, le procédé de Dumontpallier, il n'existe pas un seul cul-de-sac glandulaire et à la place de la muqueuse on trouve une épaisse zône scléreuse formée de plusieurs couches d'un tissu fibreux très dur.

Contracture congénitale des membres.

M. Brindeau. — Il s'agit d'un enfant qui se présenta par le siège et dont l'extraction de la tête fut particulièrement difficile. Le lendemain de sa naissance, contracture des quatre membres et du cou, convulsions épileptiformes et mouvements athétosiques des deux mains. Au bout d'une semaine, la contracture alla en s'atténuant. Actuellement l'enfant a deux mois, il pèse 3,000 grammes et la contracture a presque complètement disparu. L'auteur range cette affection dans le cadre des diplégies cérébrales dans lequel beaucoup d'auteurs font entrer la maladie de Little.

M. Guéniot pense que la cause de ces contractures doit être rapportée à une lésion intra-crânienne portant sur les hémisphères.

Procédé définitif d'hystérectomie abdominale totale pour fibrômes utérins

M. Richelot. — (Voir la communication faite par M. Richelot sur le même sujet à la *Société de Chirurgie*).

M. Fournel reproche à M. Richelot de ne placer qu'une pince sur chaque ligament large, et une pince unique peut toujours déraper. Il craint que ce procédé ne soit dangereux pour les uretères; en effet, au moment où M. Richelot libère les attaches vésicales, les ligaments larges existent encore; or, les auteurs qui ont fait des expériences cadavériques à ce sujet (Guermonprez) ont toujours remarqué que la plus grande résistance à l'élévation de l'utérus était opposée par les ligaments larges. Il est donc à craindre que l'utérus étant très peu soulevé, on ne soit obligé d'aller opérer le décollement de la vessie tout à fait dans les profondeurs du pelvis et que ce décollement ne soit incomplet, d'où danger de pincer ensuite les uretères.

M. Nitot demande ce que deviennent les pédicules que M. Richelot a pris dans sa longue pince; en les laissant dans le ventre on s'expose à y emprisonner des eschares qui sont destinées à s'éliminer plus tard. En faisant un trou au ligament large, M. Richelot évite très heureusement le danger de prendre dans la pince

une trop grande épaisseur de tissus, qui pourraient ne pas se mortifier d'une façon complète et donner lieu à des hémorrhagies secondaires lors de l'ablation des pinces.

M. Petit se demande s'il est bien prudent de passer alternativement du vagin dans le péritoine et du péritoine dans le vagin, comme le fait M. Richelot, la désinfection absolue de la cavité vaginale étant très difficile à obtenir. Il préférerait des ligatures aux pinces à demeure.

M. Doléris reproche également à ce procédé la nécessité de passer du vagin dans le péritoine, le peu de sûreté que donne une seule pince sur chaque ligament large. Il préférerait aussi des ligatures à la suture du vagin.

M. Pichevin croit qu'il faut tenter l'hystérectomie abdominale totale de préférence à l'hystérectomie avec pédicule externe ou avec pédicule interne. Freund, le premier, décrivit une méthode rationnelle d'hystérectomie abdominale totale, méthode qui a donné de mauvais résultats pour le cancer, mais qui est excellente quand on l'applique aux fibromes. D'une façon générale, il croit qu'il est préférable de faire l'hémostase à l'aide de ligatures.

M. Richelot. — L'hémostase est toujours facile et si l'auteur veut une pince unique, c'est qu'il a observé qu'il est plus long et plus difficile d'en mettre deux en étage. L'uretère ne craint rien, car le trou qu'il pratique à la base du ligament large et par où doit passer le mors postérieur de la pince est au ras du col, sous l'utérus et en dedans de l'uretère. Les pinces valent ici ce qu'elles valent dans l'hystérectomie vaginale.

Pathologie utérine et maladie de Basedow.

M. Jouin. — D'après l'auteur, la maladie de Basedow présente avec la ménopause et les états pathologiques de l'utérus les rapports les plus intimes.

Dans ces rapports on doit admettre que le goitre exophtalmique est la conséquence et non la cause des troubles de la matrice.

M. Jouin le prouve en s'appuyant sur 43 observations personnelles et dans lesquelles on voit la lésion utérine précéder le mal de Basedow. De plus, l'amélioration de l'affection locale est toujours suivie d'un début dans la maladie générale.

L'auteur considère que la coïncidence des deux processus morbides est relativement commune, mais le goitre exophtalmique se présente alors, presque toujours, sous des formes cliniques frustes décrites minutieusement au cours du travail. Il demande donc à être séparé, pour ainsi dire dépisté et recherché en tout cas, avec grand soin.

La ménopause également peut déterminer le mal de Basedow, et l'auteur n'est pas loin d'admettre que le goitre exophtalmique joue un rôle considérable dans la pathologie du retour d'âge.

M. Dumontpallier a toujours constaté une émotion morale comme cause déterminante du goitre exophtalmique.

Ascite chez un fœtus syphilitique monstrueux.

M. Apert. — Le fœtus né à 7 mois, d'une femme atteinte d'accidents de syphilis secondaire, présentait les malformations suivantes : yeux petits, nez peu saillant, sans ailes, bouche triangulaire à sommet supérieur, cicatrice sur la lèvre inférieure, ankylose des articulations temporo-maxillaires ; os du crâne épais et spongieux, large perte de substance sur le pariétal gauche. Poumons : Pneumonie blanche syphilitique. Pas de péritonite : Au moment de l'accouchement, on ponctionna le péritoine et il s'écoula une grande quantité de liquide jaune.

M. Porak. — L'ascite chez le fœtus est, à mon avis, toujours de nature inflammatoire. Dans le cas actuel l'examen microscopique du péritoine et de l'intestin présentant manifestement une apparence anormale avait peut-être justifié cette seule façon de concevoir la pathogénie de l'ascite congénitale.

ACTES DE LA FACULTÉ

DU 29 AVRIL AU 4 MAI 1895

EXAMENS

LUNDI 29 AVRIL. — *Dissection* : MM. Mathias-Duval, Delbet, Sebileau. — 2e Oral (1re partie) : MM. Gley, Poirier, Retterer. — 2e (2e partie, 1re série) : MM. Landouzy, André, Weiss. — 2e (2e partie), 2e série) : MM. Straus, Hanriot, Heim. — 5e Chirurgie (1re partie, 2e série), Hôtel-Dieu : MM. Kirmisson, Jalaguier, Lejars. — 5e Chirurgie (1re partie, 2e série), Hôtel-Dieu : MM. Marchand, Segond, Tuffier. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu : MM. Fournier, Brissaud, Gaucher.

MARDI 30 AVRIL. — *Dissection* : MM. Richelot, Remy, Quénu. — 2e Oral (1re partie : MM. Mathias-Duval, Poirier, Roger. — 3e Oral (1e partie, 1re série) : MM. Guyon, Schwartz, Bar. — 3e Oral (1re partie, 2e série) : MM. Budin, Campenon, Nélaton. — 5e Chirurgie, (1re partie, 1re série), Charité : MM. Le Dentu, Polaillon, Pozzi. — 5e Chirurgie (1re partie, 2e série), Charité : MM. Panas, Cornil, Brun. — 5e (2e partie), Charité : MM. Hallopeau, Ménétrier, Letulle.

MERCREDI 1er MAI. — *Médecine opératoire* : MM. Segond, Lejars, Tuffier. — 2e Oral (1re partie, 1re série) : MM. Fournier, Retterer, Sebileau. — 2e Oral (1re partie, 2e série) : MM. Joffroy, Poirier, Ricard. — 2e (2e partie) : MM. Gley, Hanriot, André. — 3e Oral (1re partie) : MM. Kirmisson, Jalaguier, Varnier.

JEUDI 2 MAI. — *Médecine opératoire* : MM. Polaillon, Pozzi, Brun. — 2e Oral (1re partie, 1re série) : MM. Guyon, Richelot, Charrin. — 2e Oral (1re partie, 2e série) : MM. Panas, Schwartz, Poirier. — 2e (2e partie) : MM. Remy, Ballet, Marie. — 3e Oral (1re partie) : MM. Le Dentu, Budin, Albarran.

VENDREDI 3 MAI. — *Dissection* : MM. Kirmisson, Jalaguier, Lejars. — 2e Oral (1re partie, 1re série) : MM. Straus, Retterer, Sebileau. — 2e Oral (1re partie, 2e série) : MM. Delbet, Poirier, Heim. — 2e (2e partie) : Gley, Hanriot, Weiss. — 4e : MM. Pouchet, Landouzy, Netter. — 5e Chirurgie (1re partie), Charité : MM. Segond, Ricard, Tuffier. — 5e (2e partie), Charité : MM. Hayem, Chauffard, Déjerine. — 5e Obstétrique (1re partie), Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Marchand, Varnier.

SAMEDI 4 MAI. — *Dissection* : MM. Campenon, Remy, Nélaton. — 2e Oral (1re partie, 1re série) : MM. Cornil, Albarran, Poirier. — 2e Oral (1re partie, 2e série) : MM. Le Dentu, Polaillon, Ménétrier. — 2e Oral (1re partie, 3e série) : MM. Richelot, Quénu, Chantemesse. — 3e (2e partie) : MM. Hallopeau, Marfan, Letulle. — 4e : MM. Pouchet, Raymond, Marie. — 5e Chirurgie (1re partie), Hôtel-Dieu : MM. Panas, Pozzi, Brun. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu : MM. Dieulafoy, Ballet, Charrin. — 5e Obstétrique (1re partie), Clinique d'Accouchements, rue d'Assas : MM. Budin, Schwartz, Bar.

THÈSES

MERCREDI 1er MAI. — *M. Mangoubi* : Etude clinique de la splénomégalie grippale de l'adulte (MM. Potain, Straus, Déjerine, Netter). — *M. Arnoux* : Contribution à l'étude de l'adénopathie bronchique tuberculeuse (Quelques cas observés aux colonies) (MM. Straus, Potain, Déjerine, Netter). — *M. Relle* : Essai sur les paralysies obstétricales maternelles (MM. Pinard, Marchand, Delbet, Chauffard). — *M. Wintrebert* : De l'ablation de l'utérus dans les infections puerpérales (MM. Pinard, Marchand, Delbet, Chauffard).

JEUDI 2 MAI. — *M. Cougnot* : Contribution à l'étude du traitement de la chorée par l'arsenic à hautes doses (MM. Grancher, Joffroy, Ménétrier, Netter). — *M. Baudron* : De la possibilité d'un diagnostic précoce de la paralysie générale progressive (MM. Joffroy, Grancher, Ménétrier, Netter). — *M. Salva* : Des complications inflammatoires de l'orbite dans les sinusites maxillaires (MM. Laboulbène, Hallopeau, Marfan, Chantemesse). — *M. Fraysse* : Etude sur l'oxyure vermiculaire (MM. Laboulbène, Hallopeau, Marfan, Chantemesse). — *M. D'Herlinville* : La rage dans les pays tropicaux (Etude de géographie médicale) (MM. Laboulbène, Hallopeau, Marfan, Chantemesse). — *M. Siguier* : De l'épilepsie bravais-jacksonnienne. — Considérations cliniques et thérapeutiques (MM. Raymond, Dieulafoy, Lejars, Roger). — *M. Daleine* : Des paralysies faciales otitiques et de leur traitement chirurgical (MM. Raymond, Dieulafoy, Lejars, Roger). — *Mlle Bouet* : Traitement des abcès tuberculeux de la coxotuberculose et du mal de Pott par les injections de naphtol camphré (MM. Cornil, Berger, Nélaton, Letulle). — *M. Jayle* : La septicémie péritonéale aiguë post-opératoire (MM. Berger, Cornil, Nélaton, Letulle).

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

Association générale de prevoyance et de secours mutuels des Médecins de France.

L'Association générale de Prévoyance et de Secours mutuels des Médecins de France a tenu ses deux assemblées annuelles les 21 et 22 avril.

Comme toujours, la première journée est consacrée aux discours et aux rapports.

Le discours de M. le président Lannelongue a été tout particulièrement intéressant. Il a fait revivre cette douce figure de René Marjolin qui fut son maître, et que j'ai eu pour chef à l'hôpital Sainte-Eugénie en 1857 : homme du devoir, bienveillant et charitable, qui laisse toute sa fortune à des œuvres d'assistance, aux étudiants, aux médecins et aux artistes. Le professeur Lannelongue a également dit que l'Association décernera cette année deux médailles d'or : «l'une au vénéré M. Jeannel, qui fut l'âme du mémorable comité de Bordeaux, l'organisateur de la Société de la Gironde, à qui revient une part tout à fait prépondérante dans la genèse de cette œuvre considérable et qui durera, qu'on appelle l'Association générale des Médecins de France ; la seconde au trésorier perpétuel de l'Association, M. Brun, qui, depuis l'année 1859, date de sa création, vous a donné mieux que des dons matériels, mieux que la fortune, qui vous a donné tout son temps, toutes ses forces, travaillant sans cesse à votre développement, augmentant le nombre des troupes, cherchant et préparant les chefs, ne vous ayant jamais rien laissé perdre, ayant eu en toutes circonstances l'oreille d'une autorité qui est encore maîtresse de nos destinées, vous ayant enfin adoptés pour vous consacrer toutes les heures de sa vie. »

Pour la première fois depuis 1859, le vénéré trésorier M. Brun manquait à cette séance, dans laquelle il exposait chaque fois, avec une lucidité parfaite, l'état d'une caisse qu'il gère admirablement, et M. René Blache, initié par M. Brun aux arcanes d'une scrupuleuse et sage gestion, nous a dévoilé les richesses de l'Association : pour l'avoir de la caisse générale, 93,000 francs ; pour la caisse des pensions, plus de 1,700,000 francs ; sans compter les 1,200,000 francs que possèdent nos 98 Sociétés locales agrégées à la grande fédération. Ces chiffres sont éloquents, ils sont gros de promesses, mais aussi ils ont fait leurs preuves : que de misères ils ont secourues ; que de pauvres vieux médecins sans ressources ils ont sauvés du désespoir ; que de veuves ils ont soutenues, au moment où la mort du chef de famille les vouait à la faim ; que d'orphelins ils ont aidés à se suffire à eux-mêmes par le travail ! Vraiment, si tous nos jeunes médecins apprenaient à connaître cette Association fraternelle, aucun d'eux n'hésiterait à faire partie des Sociétés locales de leur département. Nous sommes huit mille aujourd'hui, nous serions le double demain.

Comme M. Lannelongue, M. le Dr Lereboullet, secrétaire général, a fait ressortir, dans un éloquent et substantiel rapport, les bienfaits de l'œuvre. Il a dit les dons que nous font nos confrères, à l'occasion d'événements heureux ou malheureux de leur vie ; il a parlé des présidents morts, a raconté leur existence consacrée à la défense de la dignité professionnelle. Et, à ce propos, il a parlé des codes de déontologie élaborés par plusieurs Sociétés, qui sentent bien que, dans la lutte pour la vie si âpre qui règne dans toutes les carrières, il faut que la profession médicale, tenue par des règles fixes, reste insoupçonnable aux yeux de tous. M. Lereboullet ne veut pas que les caisses locales thésaurisent ; il désire qu'elles utilisent leurs fonds disponibles à faire l'avance à des confrères malheureux de retraites que la caisse générale confirmera, et aussi à secourir les veuves et les orphelins, en attendant qu'une œuvre spéciale soit créée.

Puis, dans ce rapport, dont il nous faut, à regret, écourter l'analyse, M. Lereboullet passe aux intérêts professionnels qui n'ont pas manqué d'être défendus pendant l'année écoulée. Une certaine jurisprudence avait interprété, à notre détriment, la loi sur l'exercice de la médecine. Des tribunaux ne condamnaient ni magnétiseurs, ni masseurs ayant traité véritablement des maladies, et cela, sous le prétexte que ces contrevenants ne faisaient pas de pratiques nuisibles et n'avaient pas prescrit de remèdes (Conr d'Angers). Le tribunal de Grenoble acquittait même un prévenu qui s'était borné à donner des granules Mattei. Le jugement se basait sur ce fait que ce médecin improvisé avait dirigé l'application d'un remède reconnu bon par le public, mais jugé inutile par les médecins. L'Association générale s'en émut ; l'un de ses conseils, M. Liouville, rédigea une consultation pour le syndicat médical du Sud-Ouest, qui fut invité à en appeler, et le jugement fut infirmé.

En terminant, M. Lereboullet engage les Sociétés locales à marcher d'accord avec les syndicats ; il a vu cet accord efficace dans les cas où le corps médical a dû intervenir pour la réglementation votée par les conseils départementaux, à l'occasion de la loi sur l'assistance médicale gratuite ; il dit que notre Conseil général pense à instituer un bulletin de quinzaine, mettant tous les sociétaires au courant des faits et gestes de l'œuvre, et il engage à prendre patience ceux qui veulent reviser nos statuts, avant le vote de la loi sur les Sociétés de secours mutuels.

Ce rapport est vivement applaudi, comme avaient été applaudis le discours présidentiel, le rapport financier de M. Blache, l'approbation donnée à ce rapport par M. Motet ; comme avait été acclamé le vote confiant à M. Blache les fonctions de trésorier intérimaire.

Puis, l'assemblée a réélu membres du conseil, pour cinq ans, MM. Thomas, Hugot, Philbert et Reynier, et choisi MM. Lourties, de Beauvais, Amodru, en remplacement de MM. Marjolin, décédé, Boutin et Cazelles, démissionnaires.

M. de Ranse a lu le rapport sur la commission des pensions ; c'est un tableau lamentable des misères de la profession. Que de confrères distingués, comblés d'honneurs et revêtus de fonctions électives, grâce à l'estime de leurs concitoyens, sont réduits par la maladie à un état voisin de la misère ! L'un d'eux, à l'appui de sa demande d'une pension, écrit : « En donnant chaque année ma modeste cotisation, je n'ai jamais pensé que mon tour viendrait de faire appel à l'Association. J'espérais tomber sur le champ de bataille, et me voilà à l'hôpital ! »

M. de Ranse dit qu'en présence des grosses sommes qu'il faut déposer maintenant pour constituer une retraite de 800 francs (22,856 francs), le conseil général a décidé que toute Société locale, qui voudrait élever à 800 francs la pension de 600 francs d'un de ses membres, devra prélever sur sa caisse la différence, et recourir ensuite à l'aide de la caisse centrale. M. de Ranse a terminé par un chaleureux appel aux confrères qui sont encore en dehors de l'Association.

La séance a été levée à 4 heures.

Le soir, un banquet nous réunissait très nombreux à l'Hôtel Continental, où nos confrères de la Gironde avaient envoyé d'exquis échantillons de leurs meilleurs crûs. M. le ministre de l'intérieur, retenu au Havre, n'avait pu présider le banquet. M. Lannelongue en a exprimé ses regrets dans son toast aux Sociétés locales. M. Seignouret, directeur du personnel au ministère de l'intérieur, a ensuite loué la constitution et les services de l'Association, et a bu à sa prospérité. C'est M. Delvaille qui a porté le toast au nom des Sociétés locales ; il a associé au nom du président celui de M. Brun. M. Motet a remercié de ses services notre conseil judiciaires, au nom duquel a répondu M. Liouville. Puis, aux applaudissements de tous, M. Lannelongue a proclamé le vote des médailles d'or à MM. Brun et Jeannel. Le fils de celui-ci, délégué de Toulouse, a remercié au nom de son père retenu loin de nous par ses quatre-vingt-cinq ans.

La deuxième journée a été consacrée aux questions d'affaires.

Tout d'abord discussion et approbation du rapport de M. de Ranse. On a voté avec ensemble les douze pensions de 800 francs proposées.

Ensuite est venu le rapport de M. A.-J. Martin, très complet, sur les vœux des Sociétés.

La Société de Tarn-et-Garonne émet le vœu suivant : « 1° qu'il soit créé une caisse de retraites au moyen de l'augmentation de la cotisation ;

» 2° Que les fonds existant entre les mains des Sociétés locales soient versés à l'Association pour être affectés à la création de ladite caisse. »

La Société de l'Oise demande :

« 1° Qu'il soit constitué désormais, outre les pensions à capital réservé, un certain nombre de pensions prises sur les revenus annuels de l'Association générale ;

» 2° Qu'il soit créé un certain nombre de pensions de secours

66e ANNÉE. 9e SÉRIE. TOME II — N° 18 — 4 MAI 1895

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : Dr F. de RANSE — *Rédacteur en chef :* Dr Pierre SEBILEAU

Secrétaire de la Rédaction : M. Em. EMERY

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 28, rue Vignon

TRAVAUX ORIGINAUX

De la colpohystéropexie antérieure dans le traitement des rétro-déviations utérines.

Par MM. R. PICHEVIN et G. ARRIZABALAGA,
anciens internes des hôpitaux de Paris.

La *colpohystéropexie antérieure* (1) consiste essentiellement à fixer, par la voie vaginale, l'utérus et surtout *le corps* de l'utérus à la paroi antérieure du vagin ou mieux au segment pubien du plancher pelvien (2).

HISTORIQUE

Les tentatives déjà anciennes et un peu primitives d'Amussat et de Richelot père, qui voulaient créer du tissu cicatriciel à la face antérieure de la portion cervicale, ne sont que des trachélopexies. Les opérations plus récentes de Bossi et de Swiecicki rentrent dans la même catégorie et n'appartiennent pas à la classe des colpohystéropexies.

En 1886, von Raheneau préconisait l'ouverture du cul-de-sac antérieur du vagin, le dédoublement de la cloison vésico-vaginale, l'amputation de la lèvre antérieure du col et la suture de la surface utérine sectionnée à la tranche vaginale. Cette intervention n'est pas sans analogie avec la colpohystéropexie antérieure. Mais von Raheneau et Schmidt, son imitateur, crurent que, pour remédier à la rétrodéviation, il fallait raccourcir la paroi antérieure de l'utérus devenue trop longue. Il était indispensable, selon les auteurs précédents, d'amputer une portion plus ou moins haute de la lèvre et de la face antérieures. L'excision d'une portion de l'utérus est donc le temps principal de l'opération. Les sutures peuvent être considérées comme accessoires. Aussi s'agit-il non d'une colpohystéropexie, mais d'une hystérectomie partielle avec un mode un peu spécial de sutures utéro-vaginales. On peut en dire autant de l'opération de Nicolétis, véritable amputation de la portion cervicale à laquelle on a ajouté des sutures assez compliquées qui maintiendraient l'utérus en antécourbure.

C'est à Sænger (de Leipzig) que revient l'honneur d'avoir, le premier, nettement indiqué la possibilité d'utiliser la voie vaginale pour fixer l'utérus à la paroi vaginale antérieure. Ce savant gynécologiste proposait, en 1888, d'inciser transversalement le cul-de-sac antérieur du vagin et le cul-de-sac péritonéal vésico-utérin, de dilater l'utérus, d'introduire l'index dans la cavité cervico-corporéale, d'amener le fond de la matrice dans la plaie et de fixer la paroi utérine antérieure au vagin au moyen de fils d'argent. Sænger conseillait en outre de transformer l'incision transversale du cul-de-sac antérieur en plaie longitudinale, à l'aide de sutures. Tel est le premier procédé de colpohystéropexie antérieure imaginé par l'ingénieux opérateur de Leipzig.

Cet auteur n'avait pas encore mis à exécution l'opération dont il avait décrit avec précision les divers temps quand Schucking puhlia, en 1888, son procédé de vagino-fixation sans ouverture du cul-de-sac antérieur du vagin.

Schucking introduisait un long fil dans la cavité utérine, perforait avec une aiguille spéciale la face antérieure de la matrice, le cul-de-sac péritonéal vésico-utérin, cheminait dans la cloison vésico-utérine et sortait dans le cul-de-sac antérieur du vagin. Le chef intra-utérin qui franchissait l'orifice externe était noué avec le chef qui avait traversé le cul-de-sac antérieur.

Ce procédé, sommairement indiqué, n'était pas appelé à un brillant avenir, malgré les succès personnels de Schucking et les perfectionnements opératoires de Thiem, de Torngren et de quelques autres gynécologistes. L'opération, ainsi conduite à l'aveugle, n'avait rien de séduisant et heurtait quelque peu les règles de la chirurgie moderne.

Cependant. il serait injuste de ne pas faire mention des

(1) Sous le nom de vagino-fixation utérine on décrit différents procédés qui ont pour but de suturer au vagin soit le col, soit le corps ou le corps e le col. La fixation peut se faire en avant ou en arrière de l'utérus. La fixation du *col* au vagin a reçu le nom de trachélopexie.

(2) Le plancher pelvien comprend la vessie, l'urèthre, la paroi vaginale antérieure et le péritoine vésical.

modifications assez importantes que Zweifel apporta à la technique de Schucking (1).

Il est incontestable que le procédé de Zweifel offre une sécurité plus grande que celui de Schucking et de ses adeptes. Cependant il y avait mieux à faire.

Sænger exécuta dans le courant de l'année 1890 l'opération qu'il avait préconisée deux ans auparavant. Il ne tarda pas à combiner une trachélopexie postérieure à la colpohystéropexie antérieure.

Il était réservé à Mackenrodt et à Dührssen d'appeler, par leurs nombreuses publications, l'attention des chirurgiens sur la « vagino-fixation ».

Fig. I. — Opération de Duhrssen
Utérus abaissé et fixé à la partie postérieure de la lèvre supérieure de l'incision vaginale.

Mackenrodt, jeune et distingué gynécologiste de Berlin, décrivit, le 2 juin 1892, son procédé qui est marqué au coin de l'originalité. Peu de temps après, Dührssen proposa de fixer l'utérus à la paroi vaginale en incisant transversalement le cul-de-sac antérieur du vagin, le cul-de-sac péritonéal et en suturant le fond de l'utérus à l'incision vaginale qu'il transforme, à l'aide de sutures, en plaie dirigée d'avant en arrière.

Sauf erreur de notre part, c'est le procédé de Sænger.

(1) Voir la thèse d'Arrizabalaga, 1894.

Dührssen a eu le mérite de vulgariser l'opération en Allemagne et, par ses discussions parfois un peu vives avec Mackenrodt, il a réussi à mettre à l'ordre du jour la question de la vagino-fixation.

Il est à peine besoin de signaler la tentative opératoire de Braithwaite.

En 1893, Winter critique le premier travail de Mackenrodt et recommande de pratiquer la colporrhaphie antérieure. Il insiste sur la nécessité de fixer le fond de l'utérus à la partie supérieure de l'incision, le plus près possible du tubercule sous-urétbral. Winter fait des sutures perdues, au lieu de nouer dans le vagin les fils fixateurs. Mackenrodt, en réponse à l'article de Winter, complète son premier travail dont la description n'avait pas été bien comprise. Il fait souvent la colporrhaphie, mais il ne la croit pas indispensable. Il passe son premier fil à travers le cul-de-sac péritonéal et dans la face antérieure de l'utérus, à 1 centimètre 1/2 au moins, à 3 centimètres au plus de l'orifice interne du col.

Dührssen, dans une publication postérieure, insiste sur quelques détails de l'opération qu'il préconise. Il ne transforme plus la plaie transversale du vagin en plaie longitudinale. Cette façon de faire prédisposait au sphacèle des tissus.

Steinbuchel et Knorre apportent leur contribution à l'étude de cette opération.

En 1893, Jacobs (de Bruxelles) fait une communication au Congrès français de chirurgie sur un procédé de fixation vaginale. Ce gynécologiste fait une incision transversale légèrement courbe au niveau du cul-de-sac antérieur. Il décolle la vessie de l'utérus et s'arrête au niveau du cul-de-sac péritonéal qu'il respecte. La fixation est faite au-dessous du péritoine avec des fils perdus qui sont passés dans le sens vertical comme ceux de Dührssen, et qui ne comprennent pas la muqueuse vaginale. La plaie vaginale est fermée ensuite par deux plans de sutures. Il s'agit, en somme, non d'une colpohystéropexie, mais d'une colpotrachélopexie antérieure. Jacobs achève l'opération en pratiquant la trachélopexie postérieure de Sænger.

L'un de nous a publié un travail inaugural sur ce sujet : *Colpohystéropexie antérieure* (1).

Procédé de Dührssen.

Voici, en résumé, comment Dührssen pratique son opération :

Après curage utérin et évacuation de la vessie, Dührssen fait une incision transversale d'un centimètre environ de longueur, sur la partie antérieure du col, au niveau de l'insertion vaginale. La lèvre supérieure est fortement

(1) Arrizabalaga : Colpohystéropexie antérieure. These Paris, 1894, avec 2 observations de M. Pichevin.

relevée. L'opérateur agrandit l'incision de façon à pouvoir y introduire l'index, qui décolle progressivement la vessie de l'utérus, comme on le fait dans l'hystérectomie vaginale. Il met un hystéromètre dans l'utérus, dont le fond est repoussé en avant, à la rencontre de l'index explorateur. L'utérus est saisi progressivement de bas en haut sur sa face antérieure et abaissé de plus en plus jusqu'à ce que le fond apparaisse. On procède ensuite à la fixation utérine, à l'aide de 3 fils.

Dührssen enfonce une aiguille courbe verticalement de bas en haut à la face postérieure du lambeau vaginal supérieur, au-dessus de l'incision. Les tissus profonds du lambeau sont seuls compris dans l'anse du fil. En un mot, l'aiguille ne perfore pas le lambeau en entier et ne traverse pas sa face épithéliale.

La face antérieure du corps utérin est abaissée. Dührssen se rapproche du fond autant que faire se peut. L'aiguille courbe qui porte le fil, dont il a été déjà question, est enfoncée de haut en bas dans la partie la plus élevée de la face antérieure de l'utérus. Pendant cette manœuvre, l'index gauche placé dans la plaie protège et soulève la vessie.

Le fil qui vient d'être mis embrasse la face postérieure du lambeau vaginal d'une part, et, d'autre part, la face antérieure du corps utérin. Deux autres fils sont posés de la même façon et à côté du précédent.

Dührssen serre et noue les chefs de chaque fil. La face postérieure du lambeau vaginal s'accolle à la face antérieure du corps utérin. Les fils coupés au ras des nœuds ne se voient plus dans la plaie vaginale qu'il suffit de fermer à l'aide d'une suture continue au catgut.

Fig. II. — Incision médiane antérieure et décollement des lambeaux vaginaux

1° Pince placée au-dessous du tubercule de la colonne antérieure du vagin; 2° face profonde du lambeau vaginal décollé; 3° écarteur-érigne montrant la face interne du lambeau; 4° pointillé indiquant le tracé de la future colporrhaphie; 5° paroi vésicale: 6° fil placé dans le tissu cellulaire situé entre la vessie, le vagin et le col et soulevant la partie inférieure de la vessie. Au-dessous de ce lambeau soulevé par le fil on commence à apercevoir la face antérieure du col; 7° pince-hystéromètre tirant le col hors de la vulve.

Procédé de Mackenrodt avec quelques modifications.

Manuel opératoire. — Anesthésie. Malade placée dans la position de la taille. Antisepsie.

Evacuation de la vessie. Curage de l'utérus.

1° *Incision.* — On place une pince tire-balle au-dessous du tubercule de la colonne antérieure du vagin et on la confie à un aide qui exercera plus tard une traction de bas en haut sur la muqueuse vaginale.

La pince-hystéromètre (modèle Collin) est placée. L'hystéromètre pénètre jusqu'au fond de la cavité utérine. Les griffes de l'autre branche mordent à 6 ou 8 millimètres au-dessus de l'orifice externe du col.

Les deux branches sont saisies à pleine main et tirées par en bas. On imprime à l'instrument une direction verticale. Le col est à la vulve. La paroi vésico vaginale tendue et très accessible est pour ainsi dire extériorisée, ce qui facilitera singulièrement les manœuvres consécutives. On pratique une incision médiane qui commence au-dessous du tubercule antérieur et qui se termine à 3/4 de centimètre environ de l'orifice externe. L'incision n'intéresse que la paroi vaginale.

2° *Décollement de deux lambeaux vaginaux.* — A droite et à gauche on sépare la paroi vaginale de la paroi vésicale. Le décollement se fait en rasant le lambeau vaginal, en cherchant le plan de clivage, en dirigeant le bistouri de dedans en dehors et transversalement. A la partie supérieure de la plaie il faut faire une véritable dissection. Plus bas, le dédoublement de la paroi vésico-vaginale est assez facile. Chaque lambeau vaginal peut être séparé, sur une étendue de 2 centimètres, de dedans en dehors.

Au besoin, une sonde est introduite dans la vessie, afin qu'on puisse se rendre compte de la situation précise du réservoir urinaire par rapport à l'utérus.

A la partie inférieure de la plaie longitudinale, après écartement des deux lambeaux vaginaux, on saisit la portion la plus déclive de la vessie recouverte de tissu cellulaire, on la soulève et avec des ciseaux ou le bistouri on détache avec la plus grande précaution la vessie de la partie correspondante du col.

Avec les ciseaux ou même avec le doigt, on agrandit et on rend plus profond le décollement créé entre la vessie et la face antérieure du col. (Dédoublement de la cloison vésico-utérine.)

Cette manœuvre est d'autant plus facile que l'utérus se présente sous forme d'un plan résistant, grâce à la pince-hystéromètre qui est maintenue verticalement.

La vessie est refoulée en haut. On la sépare progressivement de la face antérieure de l'utérus, comme on le fai dans l'hystérectomie vaginale.

Quand on a dépassé l'orifice interne, quand on est arrivé à trois centimètres environ *du fond* de la cavité utérine (1), on passe dans le tissu utérin, sur la ligne médiane, le plus haut possible et de haut en bas, un solide fil de soie. Pour ce

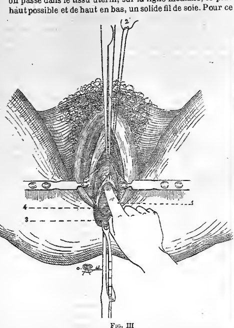


FIG. III

1° L'index sépare la vessie de l'utérus; 2° fil placé dans le tissu cellulaire vagino-vésico utérin et soulevant la vessie; 3° portion du col située au-dessous de l'incision médiane et recouverte par la muqueuse vaginale: 4° portion du col située au-dessus de l'extrémité inférieure de l'incision médiane. On voit le tissu utérin par suite du refoulement de la vessie.

faire, une aiguille courbe s'enfonce assez profondément dans la face antérieure, au-dessous d'une valve ou de l'index qui relève la vessie et sort à un centimètre environ, au-dessous de son point d'entrée sur la ligne médiane.

On enlève la pince-hystéromètre, qui devient inutile.

3° *Bascule de l'utérus.* — Le fil de soie *abaisseur* est fortement tiré en bas et en avant. Le corps utérin tend à faire saillie entre les lèvres de la plaie vaginale. On refoule davantage la vessie et on découvre une partie plus élevée de la face antérieure de l'utérus.

C'est le moment de mettre un second fil abaisseur au-dessus du précédent. On répète la même manœuvre. Ce deuxième fil est placé sur la ligne médiane, le plus haut possible. La traction permet de dégager davantage le corps utérin. Le péritoine a déjà été reconnu.

4° *Décollement du péritoine très haut. Opération extra-péritonéale. Suture de l'excavation vésico-utérine.*

Mackenrodt repousse le cul-de-sac vésico-utérin, et décolle le péritoine sur la face antérieure de l'utérus, le plus haut possible.

Par suite de ce décollement, il produit une cavité (*excavatio vesico-uterina*) que Mackenrodt fait disparaître à l'aide de quelques sutures perdues au catgut.

Ces sutures ont pour but de combler la cavité celluleuse, d'éviter toute hémorrhagie et d'empêcher la formation d'une poche sanguine (1).

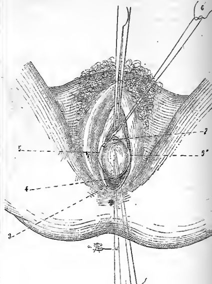


FIG. IV

1° et 2° Fils abaisseurs placés verticalement au milieu de la face antérieure de l'utérus dont le fond apparaît entre les lèvres de la plaie vaginale; 3° portion la plus inférieure du col qui s'enfonce dans le vagin: 4° portion du col située au-dessus de l'incision médiane et vue en raccourci; 5° et 5' lambeaux vaginaux sectionnés suivant le tracé en pointillé (fig. II, 4); 6° fil soulevant la vessie; 7° péritoine décollé très haut. L'excavation vésico-utérine (Mackenrodt) est située entre le péritoine et la face inférieure de la vessie qui est soulevée par le fil (6).

Quoi qu'il en soit, il est indispensable que l'opérateur soit près du fond et loin de l'orifice interne (2) avant de commencer à mettre les fils fixateurs, qui seront posés comme il sera dit plus loin, avec cette différence que la cavité péritonéale n'a pas été ouverte.

(*A suivre.*)

(1) Le col séparé de la vessie en avant et un peu sur le côté s'allonge considérablement. Il faut être averti de ce fait. Quelquefois on constate une longueur de 5 centimètres entre la partie supérieure du dédoublement utéro-vésical et l'orifice externe du col. On croit être au-dessus de l'orifice interne. C'est une erreur qu'on rectifiera aisément si l'on se sert de la pince-hystéromètre qui indiquera aisément à quelle distance on se trouve du fond de la cavité utérine.

(1) Nous avons fait plusieurs fois sur le cadavre une suture en bourse qui a parfaitement réussi, ce qui répond bien à l'indication posée par Mackenrodt.

(2) S'en assurer avec la pince-hystéromètre qui indique quelle distance sépare le fond de la cavité utérine d'un point quelconque de la face antérieure de la matrice. Si la suture porte près de l'orifice interne, le résultat sera déplorable. Le corps se dirigera en arrière.

A L'ÉTRANGER

ALLEMAGNE

Traitement des corps étrangers de l'œsophage.

M. A. Egloff (*Beitrage zur Khin. Chir.*, XII, 1) a fait un travail sur l'extraction par voie externe des corps étrangers de l'œsophage, en s'appuyant sur six observations. Des six malades opérés, un seul est mort; la mort fut due à une hémorrhagie, et non à l'opération. Le malade, en effet, mourut quinze jours après l'opération d'une hémorrhagie de l'artère thyroïdenne inférieure droite se faisant jour par une perte de substance de la paroi œsophagienne; le corps étranger, un ratelier, avait perforé l'œsophage près de la clavicule gauche.

Cette statistique semble prouver que l'opération est inoffensive. C'est à elle, d'après l'auteur, que l'on doit recourir, quand les autres moyens employés d'ordinaire pour l'extraction des corps étrangers ont échoué. Il rejette le vomitif, qui est susceptible de déterminer une déchirure de l'œsophage.

Voici comment l'auteur fait cette opération : une incision le long du bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien gauche permet au chirurgien d'arriver sur l'œsophage. Celui-ci doit être ouvert latéralement pour éviter le nerf récurrent, soit en utilisant un conducteur introduit par la bouche, soit en n'employant pas cet instrument. Pour que l'incision reste ouverte pendant que l'on fait l'extraction du corps étranger, on met deux fils que l'on peut même placer avant d'ouvrir l'œsophage. Reste enfin à savoir comment l'on se comportera, une fois l'extraction terminée. Suturera-t-on l'œsophage? Deux cas doivent être distingués : si l'œsophage est en bon état, la suture est permise et on l'emploiera; mais si, au contraire, il y a ulcération et infiltration septique des parois de l'œsophage, on ne devra pas faire cette suture.

En général, c'est au niveau de la portion cervicale de l'œsophage que le corps étranger était arrêté.

Les faits dont parle l'auteur n'ont pas tous été justiciables de l'œsophagotomie externe.

En effet, le corps étranger se trouvait quelquefois immédiatement au-dessus du cardia. Bien souvent, dans ces conditions, il arrive que l'extraction par la plaie œsophagienne n'est pas possible. C'est alors la gastrotomie qui s'impose. Il ne faut pas toutefois exagérer cette manière de faire, et pratiquer la gastrotomie dans des cas où le corps étranger siège à une certaine distance au-dessus du cardia. C'est là une généralisation qui n'a aucunement sa raison d'être, l'œsophagotomie externe pouvant suffire dans ces cas pour guérir complètement le malade.

Enfin, Egloff termine en citant des cas où toute opération fut inutile. Ainsi le corps étranger a pu dans son travail dix fois être extrait par la voie buccale, et six fois il est sorti par l'anus, ou bien peu après son entrée dans les voies digestives, ou bien un nombre de jours assez considérable après l'accident.

Ce qui ressort surtout du travail que nous venons d'analyser, c'est que les corps étrangers de l'œsophage doivent souvent être traités chirurgicalement, qu'il ne faut pas trop longtemps s'arrêter à des moyens peu énergiques, car il faut craindre que le corps étranger, surtout s'il est pointu, ne vienne ulcérer, puis perforer l'œsophage, et, dans ces dernières circonstances, les complications les plus sérieuses peuvent survenir, témoin l'hémorrhagie que nous avons rappelée plus haut.

Du sublimé dans la pyémie puerpérale.

Th. von Kezmarsky. — On sait que les thrombus veineux partant de l'utérus peuvent, après s'être désagrégés, être lancés dans le torrent circulatoire, former des foyers métastatiques et donner lieu à une forme de pyémie puerpérale dont le traitement ne peut triompher.

Comme l'on a reconnu l'impossibilité d'agir sur les thrombus eux-mêmes, de faire de l'antisepsie générale, on ne peut actuellement que faire en sorte de mettre l'organisme mieux en état de lutter contre cette infection généralisée. C'est, en effet, à cette indication que se borne tout le traitement. Von Kezmarsky a cherché si l'on ne pourrait employer la première méthode; il fallait pour cela trouver des substances assez concentrées pour être actives sans que pour cela elles devinssent dangereuses pour l'organisme, ou bien encore des substances qui, même diluées, arrivassent à lutter avantageusement contre les microorganismes.

C'est cette dernière théorie à laquelle l'auteur s'est rallié. Aussi eut-il l'idée d'injecter du sublimé par voie sous-cutanée. Le succès n'ayant pas été ce que l'on aurait pu supposer, l'auteur alla plus loin et injecta le sublimé dans les veines elles-mêmes. Voici les doses employées : 0 gr. 001 à 0 gr. 005 mill. Dans les deux cas sur lesquels l'auteur appuie ses observations, il employa une fois dix injections, l'autre fois huit injections. La première malade reçut ainsi 0 gr. 037 mill., la seconde 0 gr. 031 mill.

Sans se hâter de conclure d'une façon trop favorable, il faut affirmer que cette médication n'a pas été sans fournir quelques résultats sérieux : la température, en effet, s'est abaissée pour se rapprocher de la normale, et l'état général des malades s'est amélioré d'une manière tout à fait remarquable. Evidemment l'on sait que les pyémies puerpérales peuvent guérir spontanément; néanmoins, les faits rapportés par l'auteur n'en sont pas moins dignes d'attention. Si ce n'est pas à son traitement qu'est attribuable l'heureux résultat auquel elles semblent avoir donné lieu; il n'en faut pas moins conclure que ces injections ont été parfaitement inoffensives, et l'on peut sans crainte voir là une indication que l'on suivra peut-être avec succès (*Centralblatt fur. Gynæckol.*, 1894).

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 1er mai. — Présidence de M. Théophile Anger.

Les fistules urétéro-vaginales.

M. Ricard. — Dans la discussion qui nous occupe, il y a deux points : un point anatomique et chirurgical; un point clinique et thérapeutique.

Au point de vue chirurgical, je ne dirai rien ; je n'ai pas qualité pour en parler. Mais mes recherches anatomiques sur l'uretère me permettent de dire que l'on ne peut pas le blesser, au cours de l'hystérectomie vaginale, si l'on a soin de raser avec la pince le tissu utérin. Comme nous le disait M. Poirier, on blesse l'uretère, non quand on place les premières pinces, mais lorsqu'on est obligé de placer des pinces secondaires. Pourquoi blesse-t-on, dans ces circonstances, l'uretère droit plutôt que l'uretère gauche? Je répète que c'est là une question de manuel opératoire et je ne m'en occuperai pas.

En me plaçant au point de vue clinique de la discussion, je me demande comment ont été vues les fistules urétéro-vaginales que l'on nous a signalées. Le procédé classique consiste, nous le savons, à injecter un liquide coloré dans la vessie. Si ce liquide ne sort pas par le vagin et si l'urine continue de s'échapper par cette voie, nous avons coutume de dire que la fistule urinaire est une fistule urétéro-vaginale.

Je crois néanmoins que ce procédé classique est insuffisant et je n'en veux pour preuve que les deux faits suivants : tout d'abord, l'observation de M. Tuffier, dans laquelle une fistule dite urétéro-vaginale, traitée par l'abouchement de l'uretère dans la vessie, a été complètement guérie et où un second examen a montré à M. Tuffier une fistule, non plus urétéro-vaginale, mais bien vésico-vaginale. En second lieu, je citerai ce fait qui m'est personnel : Je vois l'année dernière une malade opérée d'une hystérectomie. Elle présente une fistule vésico-vaginale des plus nettes. Cette malade est opérée pour sa fistule, mais guérit incomplète-

ment. J'adresse cette malade à M. Routier, qui diagnostique, par le procédé classique que je rappelais tout à l'heure, une fistule urétéro-vaginale. Moi-même, je tente ce procédé d'exploration et je m'assure que le diagnostic de M. Routier est exact. Finalement, la malade est mise sous le chloroforme et, sous l'influence de l'anesthésie, avant d'entreprendre l'opération, nous sommes surpris de voir sortir par le vagin le liquide coloré injecté dans la vessie. Il y avait donc là une fistulette vésico-vaginale qui ne se révélait pas dans la vie ordinaire de la malade, mais n'en existait pas moins.

A ces deux faits, j'en ajouterai un troisième. C'est le cas d'une religieuse opérée pour fibrôme pelvien et chez laquelle persistait une fistule vésico-vaginale partiellement guérie, mais l'urine ne s'écoulait par cette fistule que si la malade occupait la station debout.

En résumé, dans certaines conditions, comme le montrent suffisamment ces trois faits, une fistule vésico-vaginale peut ne pas donner issue à l'urine, mais n'en pas moins exister. Il faut donc, pour déterminer l'existence de ces fistules, avoir recours à des procédés autres que ceux qui sont journellement employés.

M. Tuffier. — Je suis heureux que mon travail ait provoqué une si intéressante discussion et je veux répondre aujourd'hui aux objections qui m'ont été faites.

Tout d'abord, je déclare que je ne parlerai pas des objections opératoires. La discussion a dégénéré un instant sur le manuel de l'hystérectomie vaginale et ce côté de la question a été traité de main de maître par M. Segond. Je veux simplement revenir sur mes conclusions et les défendre à nouveau.

On ne peut évidemment pas contester que l'uretère puisse être parfois blessé au cours de l'hystérectomie vaginale. Dans mes recherches j'ai rassemblé un total de quarante cas de ces sortes de lésions. Cela suffit. Donc, l'uretère est en danger dans l'hystérectomie.

J'ai dit que l'uretère droit était plus souvent lésé que l'uretère gauche. J'ai sous les yeux un total de vingt-huit cas de fistules urétéro-vaginales au cours de l'hystérectomie, où le côté de l'uretère blessé se trouve signalé et j'y relève que l'uretère gauche n'a été blessé que sept fois.

Quant au mécanisme de ces fistules, je maintiens que si l'uretère droit est plus fréquemment victime de l'hystérectomie que l'uretère gauche, c'est qu'il y a, dans l'acte opératoire même de l'hystérectomie, quelque chose qui favorise sa blessure. Je ne sache pas, en effet, que les lésions qui nécessitent l'hystérectomie siègent plus du côté droit que du côté gauche.

Au point de vue anatomo-pathologique, j'ai dit qu'il y avait des fistules complètes et des fistules incomplètes. J'ai dit que celles-ci pouvaient guérir spontanément. Je n'en veux pour preuve que les tentatives heureuses de certains urétérotomistes qui, ne fermant pas l'uretère, ont obtenu néanmoins des guérisons parfaites. Les blessures latérales de l'uretère peuvent donc guérir spontanément. On a mis en doute l'exactitude des fistules urétéro-vaginales dont j'ai parlé et M. Ricard parle de l'insuffisance de nos moyens de diagnostiquer ces fistules. Mais, outre que je suis sûr des fais que j'ai rapportés, j'ajouterai qu'il existe un moyen infaillible de reconnaître ce genre de lésions. C'est la cystoscopie avec le cathétérisme rétrograde.

Dans le traitement de ces fistules, je n'ajouterai rien à ce que j'ai déjà dit. Je crois que la voie vaginale doit être suivie si la fistule est facile à aborder. Dans le cas contraire, il faut avoir recours à la voie abdominale. Quant à la méthode que nous a rappelée M. Chaput, laquelle consiste à aboucher l'uretère dans le tube intestinal, je la crois bonne dans certains cas, mais je la crois néanmoins inférieure aux deux autres procédés et je lui préférerais, comme on l'a déjà proposé, la reconstitution de la portion vésicale de l'uretère par autoplastie avec lambeau vésical antérieur enroulé sur lui-même et formant un tube dont une extrémité s'abouche dans l'uretère et dont l'autre fait corps avec la vessie.

M. Ricard. — Je demande la permission de répondre à M. Tuffier que ma communication n'a porté que sur le fait des fistules vésico-vaginales méconnues avec le seul procédé de l'injection de liquide coloré dans la vessie.

M. Bazy. — Je désire défendre de nouveau le traitement des fistules urétéro-vaginales par la voie abdominale. J'ai démontré que cette opération était d'une bénignité parfaite. Ce procédé n'a pas la longueur qu'on lui reproche. J'en prends à témoin M. Peyrot devant qui j'ai fait ce genre d'intervention.

A côté du procédé d'autoplastie que M. Tuffier nous signale, je désire citer la proposition faite par les chirurgiens américains d'aboucher l'uretère atteint de fistule dans l'uretère voisin.

M. Segond a parlé de l'insuffisance du nombre des mes faits, quant au jugement à porter sur la cysto-urétérostomie par voie abdominale. Mais il suffit de lire mes deux observations qui sont la contre-épreuve l'une de l'autre, pour se convaincre que la valeur propre des faits l'emporte très souvent sur leur nombre.

Nouveau procédé d'hystérectomie abdominale totale pour fibrômes utérins.

M. Reynier. — La nouvelle opération que nous a décrite M. Richelot au cours de la dernière séance (Voir *Gazette Médicale*, du 27 avril 1895) est une modification d'un procédé déjà décrit par Lamfer dans le *Medical Record* en 1893. Elle diffère en effet par les deux points suivants :

Le chirurgien américain commence par lier au catgut la partie supérieure du ligament large, pour libérer les annexes ; il fait ensuite l'ouverture du cul-de-sac postérieur du vagin avant de placer les pinces.

Quoi qu'il en soit, je n'ai que des louanges à adresser à M. Richelot, et je suis tout disposé à opérer comme lui. Mais je crois que cette opération reste néanmoins inférieure à la méthode de Bouilly, quand il s'agit d'enlever de gros fibrômes utérins. Je la réserverai donc au traitement des petits et des moyens fibrômes où elle est appelée, je crois, à nous rendre de grands services.

Traitement d'une difformité nasale par un support métallique.

M. Villar (de Bordeaux). — Les récentes communications de MM. Chaput et Delorme sur la rhinoplastie m'engagent à vous communiquer, dès maintenant, un résultat que j'aurais préféré vous montrer plus tard.

Il s'agit d'un malade ayant contracté la syphilis au régiment et qui s'est marié, dont les enfants vivent, et dont la femme n'a aucune manifestation syphilitique.

Le début de la lésion nasale remonte à l'année 1884. A cette époque, le malade avait fréquemment dans le nez des croûtes à odeur fétide. En 1887, il est sorti de ses narines un séquestre. Depuis, la racine du nez s'est considérablement affaissée.

La première fois que je vois ce malade, il a le nez complètement aplati, le sillon naso-génien gauche est transformé en une gouttière profonde. Les os propres du nez ont disparu, la figure est repoussante.

J'ai fait l'opération il y a dix mois, j'ai taillé dans le sillon naso-génien un lambeau droit que j'ai rejeté sur la joue. Mon incision s'étendait depuis la racine du nez jusqu'à la sous-cloison. Puis j'ai fixé au niveau du nez un support métallique commandé par moi. Je me suis servi, pour cette fixation, du tour dentaire de Wight, dont je n'ai eu qu'à me louer. Puis l'appareil a été recouvert par le lambeau. Les sutures ont été faites et le résultat ne s'est pas fait attendre.

Aujourd'hui, dix mois après l'opération, mon malade présente, non un nez idéal, mais un nez suffisant. Il respire et se mouche sans difficulté. Le nez est un peu saillant du côté droit. Ces imperfections opératoires tiennent à l'imperfection de l'appareil métallique que j'ai employé, et je crois que l'on pourra assurer de plus

beaux succès en modifiant la construction des supports métalliques.

M. Chaput est chargé de faire un rapport snr le travail de M. Villar.

Traitement des abcès froids par les injections de teucrine.

M. Quénu. — J'ai l'honneur de présenter à la Société le malade que voici, pour montrer les bons effets des injections de teucrine dans le traitement des abcès froids. Ce malade avait un abcès froid costal. La lésion osseuse fut reconnue avec le stylet.

Du 15 décembre à la fin de février, il a subi six injections de teucrine de 3 grammes chacune. Aujourd'hui il est complètement guéri.

Mais je me contente de vons présenter aujourd'hui ce malade, me réservant de revenir plus tard sur les effets de ce nouveau traitement que je poursuis depuis deux ans. J'ajouterai simplement que les injections de teucrine, contrairement aux injections de chlorure de zinc, ne provoquent chez le malade aucune réaction douloureuse. J. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 30 avril.

Tuberculose larvée des trois amygdales.

M. Dieulafoy. — Il y a une variété de tuberculose du pharynx, à forme torpide, siégeant surtout dans le tissu adénoïde de la région naso-pharyngée, et se traduisant par l'hypertrophie des amygdales palatines et de l'amygdale pharyngée.

La lésion tuberculeuse de l'amygdale pharyngée se confond avec ce qu'on appelle les végétations adénoïdes. Celle des amygdales palatines se confond avec l'hypertrophie simple des amygdales.

En effet, j'ai inoculé à des cobayes des fragments d'amygdales ou de végétations adénoïdes enlevés à des malades. Dans 13 pour 100 des cas, j'ai obtenu de la tuberculose généralisée, pour ce qui concerne l'amygdale; pour ce qui concerne les végétations, j'ai obtenu de la tuberculose chez les cobayes dans une proportion de 20 pour 100.

Dans bon nombre de cas, l'hypertrophie des amygdales et les végétations adénoïdes représentent donc une des formes larvées de la tuberculose.

Les malades qui ont fourni les éléments de nos expériences étaient atteints de la tuberculose pharyngée primitive. On peut admettre que le bacille de la tuberculose est amené par l'alimentation et surtout par le lait chez des sujets lymphatiques, à terrain prédisposé, et ainsi s'explique la pathogénie de cette tuberculose pharyngée primitive. Elle s'explique d'autant plus facilement que le bacille de Koch peut traverser les épithéliums même sains des différents organes.

Après avoir séjourné dans les amygdales, le bacille pénètre dans le réseau lymphatique, et alors apparaissent les ganglions cervicaux. Dans d'autres cas au contraire, la réaction phagocytaire prend le dessus, le tissu amygdalien devient fibroïde et la guérison s'obtient.

La dernière étape de cette tuberculose est constituée par l'envahissement des poumons, que le bacille aborde par le canal thoracique et la grande veine lymphatique. Au poumon, la tuberculose ou bien s'arrête, ou bien évolue suivant le mode ordinaire.

M. Chauveau. — J'ai communiqué à l'Académie autrefois des cas qui montrent que, chez les animaux qui ingèrent des produits tuberculeux, l'infection peut se faire par la voie du tissu adénoïde, comme le prouvent les ganglions de la région cervicale et sous-maxillaire.

L'altération de l'épithélium n'est pas nécessaire pour que l'inoculation tuberculeuse se produise.

D'autre part, les tuberculoses locales peuvent guérir sans se généraliser chez les animaux comme chez l'homme.

Traitement de la pneumatocèle crânienne.

M. Le Dentn. — J'ai eu l'occasion d'appliquer sur le crâne une couronne de trépan pour pneumatocèle frontale; elle me conduisit sur un foyer d'encéphalite suppurée du lobe frontal. La pneumatocèle s'était produite peu de temps après l'accident, l'air avait dû pénétrer du sinus frontal dans le crâne par une fissure de la table interne de l'os frontal.

Je considère comme la règle de conduite la meilleure dans la pneumatocèle non l'incision pure et simple de la tumeur, mais la trépanation de la cavité par où l'on suppose que l'air a pu pénétrer. On commencera par faire une simple compression de la tumeur, et ce n'est que si elle ne disparaît pas, qu'on interviendra comme je l'ai dit. J. P.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 22 avril.

Pouvoir absorbant de la vessie chez l'homme.

MM. A. Pousson et **C. Sigalas.** — On sait que l'on a tour à tour admis et rejeté le pouvoir absorbant de l'épithélium de la vessie. Pour essayer d'apporter une solution à cette question, nous avons injecté dans la vessie de l'homme même une solution d'un sel de lithium, dont les moindres traces dans le sang et la salive peuvent être facilement décelées.

Nous avons fait nos expériences sur quatre sujets: trois atteints de cystite, le dernier sain. Voici la conclusion à laquelle nous sommes arrivés: à l'état de santé, l'épithélium vésical est imperméable; l'absorption n'a lieu que dans deux conditions: lorsque le sujet, quoique ayant une vessie saine, éprouve le besoin d'uriner, l'urine baignant alors la portion prostatique de l'urèthre, et lorsque l'épithélium de la vessie est altéré.

Du nerf intermédiaire de Wrisberg.

M. A. Cannieu. — Le nerf de Wrisberg a été le sujet de bien des discussions. Pour les uns, c'est un nerf moteur; pour les autres, un nerf sensitif. En 1878, M. Mathias Duval en a fait un rameau aberrant du glosso-pharyngien, vers le noyau sensitif duquel se dirigent, d'après lui, les fibres intrabulbaires de ce nerf. Ayant fait quelques recherches sur l'oreille interne, j'ai observé certains faits qui me permettent d'appuyer cette interprétation. Ainsi chez les rongeurs, j'ai constaté l'existence, niée jusqu'alors, de l'intermédiaire de Wrisberg; d'autre part, chez les poissons osseux j'ai vu des prolongements cellulaires réunis en faisceaux, qui doivent être considérés comme les homologues du nerf intermédiaire de Wrisberg et comme un rameau aberrant du glosso-pharyngien.

J. P.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 26 avril.

Hospitalisation de la rougeole à l'hôpital Trousseau.

M. Comby rapporte deux cas où des enfants, hospitalisés dans le service de la rougeole par suite d'une erreur de diagnostic, prirent ensuite une vraie rougeole. L'un deux en mourut. Le second, envoyé dans d'autres services, dissémina la rougeole à travers l'hôpital. M. Comby regrette que le nombre des élèves de son service soit insuffisant, relativement surtout au nombre considérable de malades dont il est composé; les examens sont forcément incomplets.

Il signale également le petit nombre de lits de douteux, où l'on pourrait mettre de pareils malades en observation. Les services de la diphtérie occupent la moitié du pavillon des douteux; il ne reste que sept lits de douteux pour les services généraux.

M. Sevestre fait observer que le pavillon des douteux sera rendu à la médecine générale lorsqu'on aura construit des cham-

bres d'isolement annexes au pavillon de la diphterie ; il n'y a qu'à presser l'administration de mettre ses projets à exécution.

M. Sevestre ne croit pas que l'augmentation du nombre des élèves puisse empêcher les erreurs de diagnostic signalées par M. Comby.

Protestation des médecins des hôpitaux.

La Société a voté la protestation suivante, que deux délégués doivent présenter au ministre de l'intérieur :

Sans avoir prévenu le corps médical des hôpitaux et malgré l'avis formel du Conseil de surveillance, l'administration de l'Assistance publique s'apprête à appliquer deux mesures qui modifient complètement l'organisation des consultations hospitalières. Elle a décidé la division de la ville de Paris en une série de circonscriptions, dont les habitants devront s'adresser à la consultation d'hôpitaux déterminés, et être reçus dans ces hôpitaux à l'exclusion des autres. Elle a décidé, en outre, contrairement au règlement voté par le Conseil de surveillance, que les chefs de service ne feraient plus, dorénavant, les consultations hospitalières.

Ces deux mesures constituent une dérogation aux usages établis qui nous paraît absolument fâcheuse.

Nous estimons que les pauvres ont le droit, non seulement d'être soignés gratuitement dans les hôpitaux, mais de choisir le médecin qui leur convient, et non celui que l'administration leur impose. Un grand nombre de malades, dans le public qui fréquente les hôpitaux, viennent sciemment consulter tel ou tel d'entre nous, que ses travaux ont spécialisé, de préférence, dans certaines branches de la médecine : il est injuste et antidémocratique de les priver des conseils dont ils apprécient journellement la valeur. La mesure proposée par l'Administration porte donc atteinte à la liberté des pauvres.

La décision qui enlève aux chefs de service le droit de faire la consultation dans les hôpitaux ne nous paraît pas mieux justifiée.

On croit, en provoquant cette mesure, assurer le fonctionnement plus régulier des admissions des malades : il est facile de démontrer que ce résultat sera moins sûrement obtenu qu'avec le système actuel.

Nul n'est mieux placé pour faire le triage des malades qui se présentent à la consultation que le chef de service qui est appelé à les soigner. L'objection qu'il donne la préférence aux malades qui l'intéressent tombe devant la constation de ce fait que, dans tous les services hospitaliers, quels qu'ils soient, les deux tiers des lits sont occupés par des malades atteints d'affections chroniques plus ou moins incurables, qui seraient bien plutôt justiciables de l'hospice que de l'hôpital.

La mesure nouvelle n'empêchera pas l'encombrement des services qui sont notoirement insuffisants : après comme avant, certains malades chroniques seront obligés d'attendre plus ou moins longtemps leur tour d'admission, le devoir strict de tout médecin étant de donner la préférence aux fiévreux, atteints de maladies aiguës qui menacent plus immédiatement leur existence.

La consultation proprement dite des hôpitaux, en dehors de l'admission des malades, est assurément susceptible de perfectionnements. Nous avons été les premiers à le reconnaître, puisque, dès 1892, dans la discussion des réformes hospitalières, nous demandions que ceux des chefs de service, que leurs occupations empêchent d'assister régulièrement à la consultation, puissent se faire assister de nos collègues du Bureau central. Mais s'il y a eu des inexactitudes et des défaillances individuelles, c'était à l'Administration qu'il appartenait de les signaler; c'était elle qui devait avertir et, au besoin, frapper personnellement ceux qui manquaient à leur devoir : jamais elle ne l'a fait. Aujourd'hui, elle enveloppe dans un blâme commun et exclut en bloc tout le corps médical, mesure injuste et irrationnelle, puisque l'Administration se prive ainsi des secours de médecins expérimentés qui, pour la plupart, n'ont jamais donné lieu à aucun blâme, qui ont rempli scrupuleusement leur tâche et dont les malades peuvent apprécier chaque jour les bons conseils.

Nous réclamons donc formellement le maintien des dispositions relatives aux consultations, telles qu'elles ont été votées en février 1894 par le Conseil de surveillance, et nous nous associons sans réserve à la protestation unanime de nos collègues les chirurgiens. Comme eux, nous tenons à rejeter toute part de responsabilité dans l'adoption de ces mesures, qui rendront plus difficile aux pauvres l'accès des consultations hospitalières, sans en assurer le fonctionnement d'une manière plus efficace.

H. Méry.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 27 avril.

De la formation du glycogène.

M. Kaufmann. — Je crois que, comme le sucre, le glycogène passe en solution dans le plasma sanguin. M. Livierato n'a-t-il pas constaté la présence du glycogène sur des préparations sèches de sang, en dehors des globules sanguins ? M. Lépine n'a-t-il pas montré que le sang sorti des vaisseaux depuis un quart d'heure contenait plus de matière glycogène ? Enfin moi-même, j'ai pu trouver du glycogène dans le sérum sanguin d'un chien que j'avais rendu diabétique en lui enlevant le pancréas. Aussi il me semble logique d'affirmer que le glycogène n'est pas fixé sur les éléments anatomiques.

M. Dastre. — En soutenant avec Cl. Bernard l'opinion contraire, j'ai seulement entendu parler des sujets normaux. M. Kaufmann a opéré pour sa part chez un chien diabétique. Or, ne peut-on pas admettre qu'il n'y a plus les mêmes rapports entre le sang et le glycogène à l'état pathologique qu'à l'état sain ?

M. Kaufmann. — Mais je considère que l'état pathologique est l'exagération de l'état physiologique. Aussi, si j'ai eu recours à un chien diabétique, cela m'a permis de rendre le phénomène encore plus visible.

M. Dastre. — Je crois bien au contraire que l'état pathologique est une déviation de l'état physiologique, et non une exagération. D'ailleurs, en ce qui concerne les rapports du sang et du glycogène il est incontestable que le sang n'enlève que fort peu de glycogène au foie, s'il en enlève ; d'autre part, il s'y rencontre une quantité de sucre d'une importance très réelle. Aussi je maintiens que le glycogène est une forme fixe des hydrates de carbone par rapport au sucre, qui en est la forme mobile ou circulante.

Des lésions pulmonaires chez un gaveur de pigeons.

MM. Rénon et Sergent. — Un gaveur de pigeons, qui était manifestement atteint de tuberculose aspergillaire mixte en 1892, a succombé il y a quelque temps par suite d'asphyxie progressive.

A l'autopsie, nous avons vu des adhérences de la plèvre allant jusqu'à faire une coque de 2 centimètres d'épaisseur. Des bandes fibreuses sillonnaient la surface des poumons et se dirigeaient dans tous les sens. Au sommet, on voyait deux petites cavernes vides et disséminées dans l'étendue des poumons, des granulations d'aspect tuberculeux, au milieu d'un tissu anthracosique noirâtre. Enfin, il y avait une forte congestion à la base des poumons.

L'examen histologique nous a laissé voir des lésions caractéristiques de pneumonie chronique. Le tissu fibreux envahissait le parenchyme du poumon tout entier, y dessinant des mailles très étroites. C'est dans ces mailles que siégeaient les granulations macroscopiques ; d'ailleurs, elles n'avaient aucune apparence histologique tuberculeuse. On ne pouvait distinguer ni follicules,

ni cellules géantes, mais on apercevait simplement des parcelles de poumon atélectasiées et présentant l'aspect fœtal. Les seules cellules géantes qu'on trouvait étaient localisées autour de points caséeux distincts des précédents. D'ailleurs, nous n'avons pu trouver ni bacille de Koch, ni aspergillus. L'absence de bacilles doit, croyons-nous, être expliquée par le processus de régression caractéristique de la pneumonie chronique scléreuse.

L'aspergillus a disparu le premier et a ouvert la voie à la tuberculose de Koch.

De l'œdème cérébral histologique.

M. L. Lévi. — J'appelle ainsi l'œdème cérébral tel que permet de le constater l'examen microscopique. Il est en rapport avec les vaisseaux, a son siége dans les deux substances du cerveau, et se traduit par une apparence réticulée du tissu par suite de la mise en évidence des filaments névrogliques. Le liquide a chassé la substance amorphe interstitielle.

Quand l'œdème cérébral est limité, il est localisé autour de la gaine lymphatique du vaisseau; quand il est diffus, il a des aspects très variables. Ce qu'on voit le plus souvent, c'est la distension des gaînes périvasculaires et péricellulaires, la congestion des vaisseaux, l'altération des gaînes lymphatiques, et plus rarement, des modifications des cellules nerveuses.

Nous l'avons vu, à l'état diffus, dans l'épilepsie, dans le coma d'origine rénale ou cardiaque, dans l'infection, dans l'asystolie à forme hépatique. Si, au contraire, il est limité, il paraît représenter une des altérations caractéristiques du cerveau du vieillard.

Recherches sur l'organe de Jacobson.

M. P. Garnault. — Je crois, bien que le fait ne soit pas démontré, à l'homologie entre l'organe vu par Ruysch, dans la cloison nasale de l'homme, et l'organe de Jacobson des mammifères. Chez l'embryon humain de trois mois, ce tube reçoit en effet des filets de l'olfactif et du naso-palatin, qui disparait plus tard. De plus, il y a, à ce moment, entre les deux organes, identité de structure.

Aussi peut on voir dans l'organe de Jacobson un organe d'olfaction très délicat, différencié aux dépens des fosses nasales, pour la première fois, chez les batraciens.

Il n'y a pas lieu d'expliquer la pathogénie de l'ulcère rond de la cloison, en faisant appel à l'organe de Jacobson atrophié de l'homme.

De la résistance à la fatigue des rats décapsulés.

M. Boinet (de Marseille). — D'après ma dernière communication, on aurait pu supposer qu'il y avait une régénération au moins partielle des capsules surrénales. Mais l'autopsie m'a bien montré que sur deux des rats décapsulés pris au hasard, il n'y avait pas la moindre trace de ces capsules.

De plus, j'ai fait des expériences qui m'ont montré que des rats, doublement décapsulés depuis six et sept mois, ont presque aussi bien résisté à la fatigue que des rats sains. Ce fait est en contradiction avec certaines opinions émises sur le rôle des capsules surrénales. J. P.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 24 avril.

Des lavages de l'estomac.

M. Déléage (de Vichy). — Il y a des conditions dans lesquelles le lavage de l'estomac est l'origine d'accidents sérieux. Il existe donc des contre-indications qu'il est bon de connaître.

Ainsi, dans le cancer de l'œsophage, il est contre-indiqué si la tumeur est friable. Même dans le cas contraire, il sera bon de n'employer qu'une sonde demi-molle, à bout arrondi. Il faut le rejeter dans le cancer de l'estomac ulcéré, dans l'ulcère gastrique, dans les cas de varices de l'œsophage, chez les artério-scléreux congestifs, les hémiplégiques, les cardiaques avancés, les gens souffrant d'angine de poitrine vraie.

On a reproché au lavage de l'estomac de déterminer des hémorrhagies; mais, en dehors du cancer ou de l'ulcère gastrique, le fait est rare. On lui a également attribué certains faits de tétanie gastrique. Mais la tétanie vraie relève, on le sait, d'une intoxication gastro-intestinale. Les lavages de l'estomac favorisent au contraire l'élimination des substances toxiques.

M. Bardet communique, en son nom et au nom de M. Trillat, le résultat d'une série d'expériences sur la désinfection des grands locaux par l'aldéhyde formique. J. P.

HOSPITALISATION DES TUBERCULEUX

De la création d'un hôpital pour les enfants issus de parente tuberculeux.

Proposition faite à la Société Impériale de Médecine de Constantinople dans sa séance du 22 mars 1895, par M. le Dr Torkomian.

J'ai l'honneur de présenter à la Société Impériale de Médecine la proposition suivante, à propos de la question mise à l'ordre du jour: *La tuberculose pulmonaire.*

Parmi les causes qui favorisent l'évolution et le développement de la tuberculose pulmonaire, à côté de la *contagion*, qui n'est plus une question à discuter, nous savons qu'il y a aussi l'*hérédité*, qui, plus que la contagion, fait des ravages, surtout dans les classes pauvres.

Pour agir contre l'hérédité de la tuberculose pulmonaire, dès 1889, on a créé en France des hôpitaux spéciaux pour les enfants issus de parents tuberculeux; dans ces hôpitaux, les enfants des tuberculeux sont admis dès leur bas âge et élevés avec des soins tout particuliers jusqu'à l'âge de 15 ou de 16 ans. Tels sont les hôpitaux marins de Penbron, de Bangls et d'Arcachon.

Quel moyen plus puissant pour agir contre le germe de la tuberculose; quel moyen plus efficace pour attaquer et annihiler l'effet du poison de ce germe, qui, d'après les remarquables travaux de M. le professeur Landouzy de Paris, commence son œuvre de destruction dès les premiers instants de la vie humaine.

A côté des différents moyens préventifs, que mes savants confrères de la Société Impériale de Médecine de Constantinople ont proposés contre la tuberculose, j'ai l'honneur de proposer qu'un hôpital comme ceux de Penbron, d'Arcachon., de Bangls, soit créé sur les bords du Bosphore, où des enfants issus de parents tuberculeux seraient admis et élevés d'après les règles et les données des susdits hôpitaux.

Déjà, Sa Majesté Impériale le Sultan a bien voulu ordonner qu'un hôpital spécial pour les tuberculeux soit créé à Constantinople; la création d'un hôpital pour les enfants issus de parents tuberculeux ne sera que l'annexe de ce futur établissement.

En présentant à la Société cette proposition, je cite ces paroles remarquables que M. le Dr Petit prononçait en 1888 devant le Congrès de la tuberculose de Paris:

« Ne croyez-vous pas qu'une œuvre qui aurait pour but de recueillir les enfants malades pauvres, issus de parents manifestement phtisiques, d'élever ces candidats à la tuberculose, chez lesquels la misère doit faire presque fatalement éclore les germes héréditaires; une œuvre qui, par une éducation physique, intellectuelle et morale méthodiquement conduite, s'efforcerait d'effacer chez ces pauvres déshérités de la nature la tâche originelle; ne croyez-vous pas, dis-je, qu'une œuvre de ce genre aurait bien mérité de la science et de la société? »

Ce projet, qui a été réalisé en partie par l'œuvre des hôpitaux marins, a été approuvé unanimement par le Congrès de 1893.

Le moyen que j'ai l'honneur de proposer vaut plus que le plus puissant antiseptique pour tuer le bacille de Koch; la tuberculose pulmonaire est une maladie curable, dit-on; oui, elle sera certainement curable si son germe est attaqué dans son origine.

La création d'un hôpital, destiné spécialement à élever les enfants issus de parents tuberculeux, sera le moyen le plus sûr pour arrêter la marche envahissante de la tuberculose à Constantinople; elle sera, en outre, une œuvre des plus scientifiques, une œuvre des plus humanitaires.

Dr V. Torkomian,
De la Faculté de Paris,
Membre résident de la Société Impériale
de Médecine de Constantinople.

LES LIVRES

Société d'Editions scientifiques, place de l'Ecole-de-Médecine 4, rue Antoine-Dubois, Paris.

Précis d'hydrothérapie scientifique, de N. Pascal, *2e édition, revue et augmentée*, par le Dr E. Verrier, I. ✠. directeur de l'Institut Hydrothérapique « Fleury-Pascal », à Passy, lauréat de l'Académie de Médecine, ancien préparateur à la Faculté.

Continuateur de la tradition scientifique de Fleury, M. le Dr Verrier a néanmoins, dans cette 2e édition du livre de N. Pascal, son beau-père, tenu compte de l'influence des douches chaudes dans certains cas et décrit la technique de leur application. Après avoir refait l'historique de l'hydrothérapie empirique scientifique, décrit les appareils et les différents procédés, dans l'application desquels M. Pascal était passé maître, il s'est étendu sur l'importance de la *filiforme*, inventée par Salles-Girons et perfectionnée par Pascal, pour le traitement des différentes maladies nerveuses qu'il énumère brièvement. C'est la théorie de l'aquapuncture renouvelée et mise au service de la neuro-pathologie.

M. Verrier termine ce précis par une série d'observations cliniques, contrôlées par les premiers maîtres de la science, Charcot, Raymond, Ballet, Siredey, Paul Richer, Aubustin, etc.

Tel qu'il est, ce petit livre rendra de grands services aux médecins de province qui voudraient introduire l'hydrothérapie dans leur thérapeutique et il évitera aux praticiens de Paris les mécomptes qu'ils ne manqueraient pas de recueillir en adressant leurs malades dans des établissements qui ne seraient pas dirigés par la seule méthode scientifique.

Chez A. Maloine, 91, boulevard Saint-Germain.

Manuel pratique du traitement des maladies de l'oreille, par le Dr A. Courtade, ancien interne des hôpitaux de Paris, membre de la Société d'otologie, de la Société de thérapeutique, de la Société de médecine et de chirurgie pratique. Un volume in-12 de 388 pages. Prix : 4 fr.

A côté des ouvrages didactiques d'otologie que le praticien n'a pas toujours le temps de consulter et dans lesquels le chapitre traitement est plus ou moins développé, il y avait place pour un ouvrage où la thérapeutique des maladies de l'oreille est l'objectif principal.

Laissant de côté les affections ou les complications rares, le docteur A. Courtade s'est attaché à la pratique courante de la pathologie auriculaire. En dehors de la symptomatologie et du diagnostic de chaque affection, la technique des pansements par les injections, les instillations, etc., des petites opérations, que le praticien peut être appelé à faire, comme le cathétérisme, la paracentèse, l'ablation des polypes, etc., est exposée avec tous les détails que comporte le sujet.

Le mode opératoire et les indications de la trépanation de l'apophyse, des opérations de Stacke, de Küster, l'ablation des osselets, y sont aussi exposés avec des détails suffisants.

Le praticien trouvera dans ce *Manuel pratique du traitement des maladies de l'oreille* tous les éléments pour le guider dans le choix du traitement à instituer dans chaque affection de l'organe auditif; un chapitre sur la prophylaxie des maladies de cet organe complète l'ouvrage.

Ce Manuel de thérapeutique fait suite à l'ouvrage sur l'anatomie, physiologie et séméiologie du même auteur, qui s'adonne spécialement au traitement des maladies du larynx, de la gorge, du nez et des oreilles; le grand nombre de malades qui viennent se faire soigner à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. le docteur Gouguenheim, qui a chargé le docteur Courtade de la consultation particulière des affections de l'oreille, est une garantie que le Manuel est conçu dans un esprit essentiellement pratique.

FORMULAIRE DES SPÉCIALITÉS

Du mode d'administration de l'iodure de potassium.

L'iodure de potassium doit autant que possible être administré immédiatement avant le repas, afin d'être mieux supporté.

On peut encore le faire prendre pendant ou après les repas, pour éviter son contact avec la muqueuse stomacale et son absorption trop rapide. Voici la formule préférée par M. le professeur A. Fournier : elle renferme un gramme d'iodure par cuillerée à soupe :

Sirop simple	350	grammes.
Anisette de Bordeaux	150	—
Iodure de potassium	25	—

Les dragées de M. Foucher, d'Orléans, renfermant chacune 25 centigr. de sel potassique pur constituent également une excellente préparation qu'on ne saurait assez recommander aux praticiens.

Dr J. B.

ACTES DE LA FACULTÉ

DU 6 AU 11 MAI 1895

EXAMENS

Lundi 6 mai. — *Médecine opératoire* : MM. Marchand, Tuffier, Lejars. — 2e Oral (1re partie, 1re série) : MM. Hayem, Delbet, Poirier. — 2e Oral (1re partie, 2e série): MM. Fournier, Segond, Sebileau. — 2e Oral (1re partie, 3e série) : MM. Kirmisson, Gley, Retterer. — 3e Oral (1re partie) : MM. Pinard, Jalaguier, Ricard.

Mardi 7 mai. — *Dissection* : MM. Richelot, Remy, Quénu. — 2e Oral (1re partie) : MM. Campenon, Poirier, Ménétrier. — 2e (2e partie) : MM. Ponchet, Ballet, Hanriot. — 3e (2e partie) : MM. Dieulafoy, Marfan, Marie. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité (1re série) : MM. Guyon, Brun, Albarran. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité (2e série) : MM. Le Dentu, Pozzi, Nélaton. — 5e (2e partie, (Charité : MM. Raymond, Hallopeau, Letulle. — 5e (1re partie). Obstétrique, Clinique d'Accouchements, rue d'Assas : MM. Budin, Schwartz, Bar.

Mercredi 8 mai. — *Médecine opératoire* : MM. Kirmisson, Delbet, Poirier. — 2e Oral (1re partie) : MM. Gley, Retterer, Sebileau. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Segond, Ricard, Tuffier. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Marchand, Jalaguier, Lejars. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu : MM. Straus, Brissaud, Déjerine.

Jeudi 9 mai. — *Médecine opératoire* : MM. Polaillon, Richelot, Quénu. — 2e Oral (1re partie) : MM. Cornil, Raymond, Poirier. — 3e Oral (1re partie, 1re série) : MM. Panas, Nélaton, Bar. — 3e Oral (1re partie, 2e série) : MM. Budin, Brun, Remy. — 4e : MM. Proust, Pouchet, Chantemesse.

Vendredi 10 mai. — *Dissection* : MM. Delbet, Ricard, Sebileau. — 2e Oral (1re partie, 1re série) : MM. Gley, Retterer, Poirier. — 2e Oral (1re partie, 2e série) : MM. Marchand, Jalaguier, Heim — 4e : MM. Pouchet, Landouzy. Netter. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité : MM. Kirmisson, Delbet, Leja s. — 5e (2e partie), Charité : MM. Hayem, Grancher, Brissaud. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Segond, Varnier.

Samedi 11 mai. — *Dissection* : MM. Pozzi, Schwartz, Poirier. — 2e Oral (1re partie, 1re série) : MM. Polaillon, Remy, Nélaton. — 2e Oral (1re partie, 2e série) : MM. Le Dentu, Quénu, Brun. — 3e (2e partie) : MM. Raymond, Hallopeau, Roger. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu : MM. Panas, Polaillon, Albarran. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu : MM. Cornil, Marfan, Charrin. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique d'Accouchements, rue d'Assas : MM. Budin, Richelot, Bar.

66e Année. 9e Série. Tome II — N° 19 — 11 Mai 1895

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : Dr F. de RANSE — *Rédacteur en chef :* Dr Pierre SEBILEAU

Secrétaire de la Rédaction : M. Em. EMERY

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 28, rue Vignon

TRAVAUX ORIGINAUX

De la colpohystéropexie antérieure dans le traitement des rétro-déviations utérines.

Par MM. R. Pichevin et G. Arrizabalaga,
anciens internes des hôpitaux de Paris.

(*Suite et fin.*)

4° *Ouverture du cul-de-sac péritonéal. Opération intra-péritonéale.*

Le cul-de-sac péritonéal peut avoir été crevé à l'improviste au cours des manœuvres de décollement ; il est parfois nécessaire de l'ouvrir pour amener l'abaissement suffisant du fond de l'utérus ; on peut préférer — comme nous le conseillons — de pénétrer systématiquement dans la cavité péritonéale. Dans ce dernier cas, on cherchera la séreuse pour l'inciser ou la déchirer le plus tôt possible, comme on le fait au cours de l'hystérectomie vaginale.

5° *Amputation du col; résection des lambeaux vaginaux (colporrhaphie antérieure).*

La face antérieure est accessible près du fond de l'utérus. On est certain de pouvoir passer un fil très haut sur le corps de la matrice.

Si besoin est, on pratiquera, à ce moment, une opération plastique sur le col (amputation suivant le procédé de Schrœder). Il est indispensable de restaurer un col gros, éversé, hypertrophié, allongé.

D'autre part, on a apprécié, dès le début de l'intervention, le degré de relâchement de la paroi vaginale antérieure. On constate la largeur des lambeaux vaginaux, l'étendue du décollement de chaque côté. On reconnaît qu'il est souvent nécessaire de faire une colporrhaphie, de façon à ce que la paroi vaginale antérieure soit bien tendue.

On enlèvera une bande allongée de tissus aux dépens et à la partie interne de chaque lambeau vaginal.

Cette bande devra être moins large à sa partie supérieure et à sa partie inférieure qu'à sa partie moyenne. La résection sera donc moins étendue en haut et en bas qu'au milieu de la paroi vaginale antérieure. L'incision médiane vaginale sera transformée en une perte de substance de forme losangique. Ce temps est très rapidement exécuté.

6° *Fixation de l'utérus.*— La vessie est repoussée par une valve. L'utérus est facilement accessible, grâce à la traction exercée sur le fil abaisseur.

Fig. V

1° Premier point de suture superficielle ; 2° face antérieure de l'utérus ; 3° fil fixateur vagino-utérin ; 4° fil superficiel ; 5° autre fil profond ou fixateur.

Avec une aiguille courbe, on passe un fil de soie d'avant en arrière, à un centimètre environ du bord interne du

lambeau vaginal gauche, aussi près que possible de l'extrémité supérieure de l'incision, près du tubercule antérieur. L'aiguille traverse le lambeau de sa face superficielle à sa face profonde, se dirige vers la matrice, pénètre dans le tissu utérin à trois quarts de centimètre environ du côté gauche de la ligne médiane, chemine transversalement et assez profondément dans le parenchyme pour sortir à droite de la ligne médiane, à environ trois quarts de centimètre de celle-ci. *L'aiguille doit traverser la face antérieure de l'utérus, le plus haut possible, près du fond et loin de l'orifice interne.* L'aiguille s'engage ensuite à la face profonde du lambeau vaginal droit, qu'elle perfore d'arrière en avant, à un centimètre du bord cruenté et au même niveau de son point d'entrée dans le lambeau gauche, c'est-à-dire près du tubercule antérieur.

Les fils abaisseurs ou verticaux sont enlevés.

On place plus bas et de la même façon trois ou quatre fils fixateurs profonds, vagino-utérins.

On met quelques crins de Florence sur la plaie vaginale. Ces dernières sutures seront exclusivement vaginales et ne comprendront pas le tissu utérin.

S'il y avait indication, on terminerait la séance opératoire par une périnéoplastie ou une colpopérinéorrhaphie.

Pansement à la gaze iodoformée. Les fils superficiels seront laissés en place 10 jours ; les fils profonds, de trois à six semaines.

PARALLÈLE

Le procédé de Mackenrodt est supérieur au procédé de Dührssen pour les raisons suivantes :

1° L'utérus est plus difficile à amener en avant par la méthode de Dührssen.

2° La suture se fait plus à l'aveugle, au fond d'un trou étroit et profond. Il y a risque de traverser la paroi vésicale. Le grand avantage de l'opération de Mackenrodt est au contraire de voir tout le temps ce que l'on fait. Le champ opératoire est singulièrement élargi par l'incision médiane antérieure. On peut voir les annexes et les explorer assez aisément.

3° Les fils perdus de Dührssen peuvent léser la vessie et jouer le rôle de corps étrangers. Si on se sert de catgut, ils se résorbent trop vite.

4° Dans l'opération de Dührssen, le fond de l'utérus est fixé très bas à la paroi vaginale. La face antérieure de l'utérus est mise en contact avec la lèvre supérieure de l'incision transversale faite au niveau de l'insertion vaginale du col. Il en résulte une antéflexion aiguë du corps.

Dans l'opération rivale, le fond de l'utérus s'applique à la paroi vaginale sur un point plus élevé, près du tubercule antérieur. Il en résulte une antécourbure qui se rapproche plus de la normale. En outre, la cicatrice vagino-utérine s'étend sur une plus grande hauteur et sur une plus large étendue que celle qui résulte de l'opération de Dührssen. Les adhérences sont donc plus solides entre l'utérus et le vagin, et, par suite, la matrice a plus de chance de rester en bonne position.

5° L'exploration des annexes est facilitée par l'incision médiane antérieure de la paroi antérieure du vagin, et par le dédoublement de la paroi vésico-vaginale.

6° Les résultats publiés par Mackenrodt nous semblent supérieurs à ceux de Dührssen.

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS

Soit qu'il s'agisse d'une rétrodéviation simple, ou d'une rétrodéviation accompagnée de prolapsus, de cystocèle, de déchirure périnéale, d'endométrite corporéale et de cervicite, il peut être indiqué de faire la colpohystéropexie antérieure combinée à une série d'opérations (amputation du col, colporrhaphie antérieure, périnéorrhaphie).

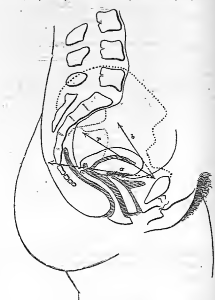


FIG. VI. — SITUATION DE L'UTÉRUS APRÈS LA COLPOHYSTÉROPEXIE ANTÉRIEURE
Operation correcte. a) Cicatrice utéro-vaginale.

Si la rétrodéviation est simple, il faut que les troubles fonctionnels soient prononcés et durent depuis longtemps pour que l'on soit autorisé à pratiquer l'hytéropexie vaginale. On ne se hâtera pas, par exemple, d'opérer une femme dont l'utérus est rétroversé à la suite d'un accouchement récent. Le port d'un pessaire suffit souvent dans ces cas.

Une opération est reconnue nécessaire. Il faut faire le choix du procédé.

On ne pratiquera la colpohystéropexie antérieure que si l'utérus est mobile ou facilement mobilisable. Il faut que les annexes soient saines ou du moins peu altérées, peu volumineuses et que l'on ait la quasi-certitude de pouvoir conserver les annexes, au moins d'un côté.

L'utérus est-il adhérent, y a-t-il des ovaro-salpingites ou de grosses lésions unilatérales, la colpohystéropexie antérieure est contre-indiquée.

On peut dire d'une façon générale que la vagino-fixation ne doit pas être tentée quand il existe des lésions annexielles.

On sait, cependant, que certaines lésions salpingiennes, peu accusées, des ovaires scléro-kystiques, peuvent échapper à l'exploration, surtout chez les femmes grosses. Parfois, on a des raisons de soupçonner l'existence de lésions

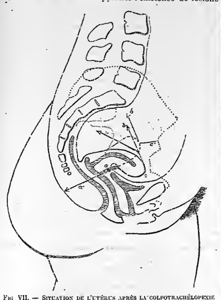


FIG. VII. — SITUATION DE L'UTÉRUS APRÈS LA COLPOTRACHÉLOPEXIE ANTÉRIEURE

Mauvaise opération. *a*) Cicatrice trachélo-vaginale. La face antérieure du corps n'a pas été fixée. Le point *c* se portera en *c'*. Le fond de l'utérus se dirigera en arrière.

annexielles légères. Dans ces conditions, on peut tenter la colpohystéropexie antérieure. Au besoin, après avoir ouvert le péritoine, on pratique une résection ovarienne, une salpingorrhaphie ou une ablation unilatérale d'annexes, une myomectomie pour petit fibrôme, et on terminera par la fixation vaginale de l'utérus (1). Il est bien entendu qu'on peut détruire les adhérences qui fixent l'utérus et les annexes.

Que si les lésions annexielles sont doubles et incurables, que si l'utérus n'a plus droit à l'existence (cancer, fibrôme et ovaro-salpingites doubles et incurables), il sera facile de transformer l'hystéropexie en une hystérectomie vaginale (2).

En somme, les indications de la colpohystéropexie antérieure sont à peu près celles de l'opération d'Alexander.

Le raccourcissement des ligaments ronds doit être toujours accompagné d'une intervention vaginale (colporrhaphie, etc.). N'est-il pas plus simple et plus rapide de localiser tout l'acte opératoire du côté du vagin ?

La colpohystéropexie antérieure permet de compléter et de rectifier certains diagnostics difficiles ; on peut, en effet, voir et toucher certaines lésions qui avaient été méconnues ou soupçonnées. Il sera possible de rompre des adhérences, de pratiquer la résection ovarienne, etc., avant de fixer l'utérus.

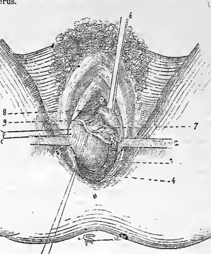


FIG. VIII. — EXPLORATION DE LA FACE ANTÉRIEURE DU FOND DE L'UTÉRUS ET DES ANNEXES

1° Fil abaisseur tirant l'utérus fortement à droite, de façon à montrer la partie latérale gauche; 2° écarteur placé sur la petite lèvre gauche; 3° bord interne du lambeau viginal gauche; 4° partie inférieure du col; 5° fil abaissant la trompe gauche; 6° pince soulevant l'ovaire; 8° extrémité supérieure de l'incision vaginale; 9° insertion de la trompe gauche sur l'uterus.

L'opération d'Alquier Alexander n'a pas ces avantages. Elle laisse persister, dans certains cas, un petit fibrôme, des brides rétro-utérines, des lésions annexielles, des adhérences péri-ovariennes ou péri-salpingiennes, qui occasionnent tôt ou tard la chute de l'utérus en arrière et de nouvelles douleurs.

Résultats. — Nos deux opérées (14 mois 1/2 et 13 mois) vont bien. L'utérus est resté en excellente situation. Notre première opérée avait une matrice volumineuse. On avait pratiqué dans la même séance l'amputation du col, la colporrhaphie antérieure et la fixation vaginale.

Mackenrodt a constaté 6 récidives sur 75 cas. Il reconnaît que, dans trois de ces cas, il eut le tort de ne pas amputer le col qui était allongé et hypertrophié. Il a donc passé à côté d'une indication précise, de son propre aveu. Dührssen professe la même opinion et insiste sur la *nécessité* de faire l'opération de Schrœder quand le col est long.

Le quatrième insuccès est dû à la présence d'un fibrôme utérin. La cinquième récidive est attribuée à la persistance

(1) M. le professeur Le Dentu a réalisé ce programme opératoire, il y a peu de temps. On avait diagnostiqué un ovaire gros et entouré de fausses membranes avec rétro-version. On dut enlever l'ovaire scléro-kystique. Tout dernièrement, j'ai exploré les annexes et après avoir reconnu leur intégrité j'ai fixé l'uterus (R. P.).

(2) M. Brodier, chef de clinique chirurgicale à Necker, a dû agir ainsi, il n'y a pas longtemps, dans le service de M. Le Dentu.

d'adhérence périutérines, partiellement détruites par le procédé de Schultze.

Nous ferons remarquer que les deux derniers insuccès eussent été évités, si Mackenrodt avait exploré l'utérus et les annexes, après ouverture du péritoine, comme nous le recommandons depuis un an.

Enfin, dans un cas, Mackenrodt ne trouva pas la cause de la récidive. Peut-être aurait-il été plus heureux s'il avait suivi la pratique que nous avons indiquée.

L'opération a été faite sur 49 femmes qui étaient dans la période d'activité sexuelle. La grossesse a été constatée 12 fois. Deux grossesses successives ont été relevées, après l'opération, chez deux femmes. Deux anciennes opérées ont avorté. L'accouchement a eu lieu dans quatre cas. Quatre autres femmes attendent leur accouchement. (Deux autres ont été perdues de vue.)

L'utérus est resté en bonne position chez les femmes qui ont avorté.

L'opération, dit Dührssen, n'empêche pas la conception et n'interrompt pas le cours normal de la grossesse. Ce gynécologiste a observé treize accouchements à la suite de son opération. Dans sept de ces cas, il n'y eut pas de récidive, après l'accouchement. Dührssen fait remarquer que ces sept femmes avaient nourri. Il donne le conseil de faire nourrir l'enfant par la mère et de surveiller la situation de l'utérus après la délivrance.

La guérison ne consiste pas seulement dans le retour de l'utérus à sa situation normale. Les troubles fonctionnels disparaissent. Les grossesses sont normales et les accouchements réguliers. Grâce à certaines précautions (allaitement, port momentané d'un pessaire), le résultat de l'opération persiste après la grossesse et l'accouchement.

REVUE ANALYTIQUE

Chirurgie des membres.

Suture osseuse dans le traitement des fractures de l'olécrâne, par M. F. Springer. Th. Paris.

La suture osseuse de l'olécrâne s'impose dans les cas de fracture compliquée de plaie articulaire ; elle est également indiquée dans les cas anciens traités par les moyens ordinaires et suivis d'impotence fonctionnelle. Pratiquées, avec toutes les règles de l'antisepsie, l'ouverture de l'articulation du coude et la suture du fragment olécrânien au cubitus ne sont point une opération dangereuse.

De la désarticulation du genou à lambeau postérieur (procédé du Dr Montaz), par M. Falibois. Th. Paris, 1894.

Pourquoi préfère-t-on habituellement le lambeau antérieur ? Parce qu'il recouvre naturellement, par son propre poids, les condyles fémoraux. Cet avantage réel, à l'époque où les plaies suppuraient, a perdu de sa valeur aujourd'hui, où, grâce à l'antisepsie, on fixe par des sutures les lambeaux dans la position qu'on veut leur voir conserver. Et que de dangers en retour d'un si faible avantage ! Un lambeau flasque, mal matelassé, peu ou pas nourri, fort exposé à la gangrène, aboutissant à la formation d'un moignon sur lequel ne peuvent prendre point d'appui les appareils prothétiques. Que si le lambeau est postérieur, tous ces inconvénients disparaissent.

La désarticulation du genou à lambeau postérieur. Leçon clinique par M. Lejars, in *Gazette des Hôpitaux*, n° 91, 1894.

La préférence que M. Falibois donne à la désarticulation du genou à lambeau postérieur n'était étayée par aucune observation clinique. M. Lejars vient combler cette lacune en montrant, avec figures à l'appui, tous les avantages que ce procédé comporte. Il a opéré une femme le 14 mars, qui, le 10 avril, quittait l'hôpital guérie avec cicatrice régulière, antérieure et moignon formant un épais coussin glissant sous les condyles, parfaitement indolent à la pression. Un appareil prothétique a été construit, qui prend un point d'appui principal sur le moignon et un point d'appui secondaire et temporaire à l'ischion : les premiers essais de marche se font avec le double appui ; au bout d'un certain temps d'exercice, le support sous-ischiatique sera supprimé.

Voici de quelle façon M. Lejars pratique l'opération : Il dessine le lambeau postérieur par deux traits symétriques, verticaux, le long du péroné et du tibia, se réunissant en large arcade un peu au-dessous du milieu du mollet ; un trait antérieur, légèrement convexe en bas. relie les deux têtes d'incisions de ce grand U en passant à la pointe de la rotule. Il ouvre tout de suite l'articulation, en sectionnant le ligament rotulien, les ligaments latéraux et croisés, et taille alors de dedans en dehors, lentement et minutieusement, le lambeau postérieur : son bistouri ne quitte pas la face postérieure des os, détachant tous les muscles y compris le poplité et laissant intact, et, dans ses connexions naturelles, tout le système vasculaire de la région.

Du traitement des fractures de jambe sans immobilisation au lit, par M. C. Lapeyre. Th. Paris, 1894.

Pendant ces dernières années, des chirurgiens allemands et quelques chirurgiens russes ont cherché à modifier le traitement des fractures de jambe. Leur but était de permettre aux malades de marcher quelques jours après leur accident et de ne plus être obligés de les condamner au repos absolu au lit. La plupart ont étendu même ce mode de traitement aux fractures de cuisse.

M. Lapeyre vient de publier à ce sujet un travail assez complet dans lequel on trouvera toutes les indications nécessaires pour l'application de ce traitement. C'est au procédé de M. Dollinger (de Buda-Pesth) qu'il donne la préférence. Voici comment on l'applique :

Après avoir réduit la fracture, le pied et la jambe étant solidement maintenus en position normale par un aide, il entoure le membre d'une mince feuille de coton hydrophile qui doit monter jusqu'au genou. Cela fait, il place au-dessus de la plante du pied une épaisseur de coton hydrophile de quatre à cinq centimètres recouverte elle-même d'une sorte de semelle faite de dix-huit à vingt épaisseurs de bandes de tarlatane devant former la partie inférieure de l'appareil qui supportera le poids du corps.

On gâche alors du plâtre dans lequel on trempe les bandes de tarlatane qu'il faut enrouler ensuite autour du membre, en partant de l'extrémité des orteils pour remonter jusqu'au genou, de façon à ce que les bandes, en se desséchant, prennent un solide point d'appui en avant sur la tubérosité et de chaque côté sur le tibia, qui, en s'évasant, s'oppose à ce que l'appareil remonte plus haut que la limite qu'on lui a assignée.

Après avoir fait quelques tours avec les bandes plâtrées, pour fixer la semelle d'ouate, on revient en avant pour prendre la semelle faite de quinze à vingt épaisseurs de tarlatane, qu'on trempe également dans le plâtre et qu'on fixe solidement avec le reste de l'appareil, de façon à ce

que le tout ne fasse qu'une seule chose bien unie et bien rigide. Au fur et à mesure qu'on enroule les bandes, un aide doit solidement serrer avec les deux mains, d'abord les tours de bande qui se trouvent juste au-dessus des malléoles, ensuite ceux qui se trouvent au-dessous de l'évasement du tibia; on ne doit cesser cette constriction qu'après la dessication complète du plâtre. Quand l'appareil est terminé, avant qu'il ne soit encore durci, on comprime les tours de bandes avec les mains, de façon à bien les unir entre eux, et on enlève la pâte de plâtre qui se trouve à la superficie en râclant la surface, afin d'avoir un appareil très lisse et bien uni. Enfin, avant que ce plâtre ne soit complètement sec, on comprime, en pinçant entre le pouce et l'index, la partie postérieure de l'appareil derrière le haut du tibia, derrière les os de la jambe et au-dessus des malléoles, de façon à former une sorte de gouttière postérieure qui, selon Dollinger, facilite la circulation des lymphatiques et des vaisseaux sanguins, et, de plus, empêche l'appareil de glisser en avant.

M. Dollinger applique l'appareil dès qu'on lui amène le blessé qu'il laisse marcher aussitôt que le plâtre est complètement sec, en lui donnant pendant quelques jours un bâton pour s'aider.

Contribution à l'étude clinique de la tuberculose de l'omoplate et à celle de son traitement par les résections par M. V. Morel. Th. Paris, 1894.

L'omoplate peut se laisser envahir comme tous les autres os par le processus tuberculeux et de ses diverses parties les plus fréquemment atteintes sont l'angle inférieur et le bord spinal. C'est par l'apparition d'abcès froids toujours sous-musculaires que la lésion se manifeste.

La tuberculose de l'omoplate a pu être confondue avec des formations pathologiques variées, avec des affections tuberculeuses ou autres des os avoisinants, avec des tumeurs de la peau ou des muscles qui recouvrent le scapulum.

La résection de l'os que l'on préconise dans le cas où on a affaire à une lésion tuberculeuse serait le seul moyen d'obtenir la guérison, si toutefois elle est largement faite. Ses autres avantages seraient de laisser des résultats fonctionnels étonnants au bras correspondant, si on respecte l'angle externe; de n'entraîner aucune mortalité.

Etude sur la marche des abcès froids de la région trochantérienne, par M. J. Parmentier. Th. Paris.

L'envahissement de la région trochantérienne par le pus obéit aux lois générales qui règlent la marche de tous les abcès par congestion et aux lois particulières qui dépendent de la disposition des éléments anatomiques, et des rapports qu'ils affectent entre eux.

Si ces abcès sont d'origine périarticulaire, c'est-à-dire s'ils naissent dans une des bourses séreuses qui existent au niveau du grand trochanter, le plus souvent ils restent localisés, probablement à cause de l'épaisseur des parois de la poche originelle. S'ils sont d'origine osseuse, ils suivent l'évolution des abcès froids en général.

Le plus souvent, c'est en haut et en arrière sous les fessiers et en bas et en dessous, le long du *fascia lata*, qu'ils se propagent dans une étendue variable. Mais il existe un autre prolongement moins net, difficile à découvrir, qui se dirige en dedans et passe soit en avant, soit en arrière du fémur. Dans le premier cas, il gagne la région des vaisseaux fémoraux et descend plus ou moins bas en avant des adducteurs. Dans le second, il gagne la région postérieure de la cuisse et chemine en arrière de la cloison des adducteurs. Là, il rencontre les orifices aponévrotiques qui livrent passage aux perforantes fémorales, les franchit en sens inverse de ces artères et vient faire saillie en avant, sous forme d'une tumeur plus ou moins appréciable à l'extérieur, mais située dans la même région que précédemment et qu'il a gagnée par un chemin différent.

Si ces connaissances, au point de vue du diagnostic de l'affection causale, sont d'une importance assez minime, elles sont utiles au point de vue du pronostic et du traitement. D'une part, elles permettent au chirurgien de prévoir la durée plus ou moins longue de l'affection; de l'autre, elles lui fournissent les indications particulières tirées de la forme et du volume de ces abcès.

Ch. Amat.

A L'ÉTRANGER

ITALIE

Du rhumatisme blennorrhagique.

E. Burci (*Giornale delle Mal. ven. e. pel.*) s'est livré à une étude intéressante du rhumatisme blennorrhagique, envisageant particulièrement la pathogénie de cette affection. On sait, en effet, que différents expérimentateurs ont déjà fait des recherches sur cette question, et que ces recherches ont été infructueuses. Plus heureux, Burci, appelé à faire trois arthrotomies pour rhumatisme blennorrhagique, a trouvé trois fois le gonocoque, facilement reconnaissable à sa disposition en diplocoques; sur les milieux ordinaires employés par les bactériologistes, le microbe trouvé par l'auteur ne donnait pas de cultures; enfin, il se décolorait par le Gram. Ce sont bien là les caractères du gonocoque.

Dans ces conditions, l'auteur est amené à conclure que les arthrites blennorrhagiques sont bien sous la dépendance du gonocoque; tout permet de supposer que ce dernier a abordé l'articulation par la voie sanguine.

De plus, il ne faudrait pas croire que le contenu de l'arthrite blennorrhagique permette toujours de rencontrer ce gonocoque. Ce dernier, en effet, se détruit rapidement; c'est là ce qui explique l'échec de certains expérimentateurs. Bien différentes, on le sait, sont les lésions du rhumatisme blennorrhagique, qui, au lieu de disparaître comme le microbe, lui survivent au contraire; et à ce propos, Burci émet l'hypothèse que peut-être les lésions de l'arthrite gonococcique sont provoquées précisément par les produits du désintégration du gonocoque.

L'auteur, après avoir élucidé cette importante question de pathogénie, passe à l'étude du traitement de l'arthrite blennorrhagique. On sait combien celle-ci est rebelle, et combien souvent elle est longue à guérir définitivement; voici pour Burci la ligne de conduite que l'on devrait adopter, en présence de cette affection :

C'est tout d'abord l'immobilisation, au début. L'intervention précoce doit être rejetée; ce n'est que plus tard, après quinze jours environ que se pose la question de l'indication opératoire. Si l'on opère, c'est à l'arthrotomie qu'on aura recours; et on la fera suivre de lavage à l'eau boriquée à 3 pour 100, portée à la température de 42° environ; on sait, en effet, que le gonocoque est un microorganisme sur lequel la chaleur, comme les antiseptiques, a beaucoup de prise. Ces faits expliquent que l'auteur recommande de chauffer la solution qui sera utilisée pour le lavage; ils expliquent aussi que ce dernier ne conseille que l'acide borique, et l'on peut être étonné au premier abord que pour venir à bout d'une maladie aussi rebelle que l'arthrite blennorrhagique, on emploie l'acide borique. Mais, non seulement un antiseptique plus puissant serait inutile en la circonstance; il serait, ou pourrait être, de plus, nuisible. Le sublimé, en effet, par lequel on remplacerait l'acide borique, serait capable, dit l'auteur, de produire la coagulation de l'épanchement.

RUSSIE

Abcès du foie chez les enfants

Tschernoff (*Wratsch*, 1894) a publié trois cas de lésions d'hépatite suppurée chez les enfants. Si cette affection a fait chez l'adulte l'objet d'études assez nombreuses, elle a été beaucoup plus rarement envisagée dans l'enfance, ce qui s'explique par le peu de fréquence de l'abcès du foie à cet âge.

Et, cependant, il y a beaucoup de symptômes communs entre l'abcès du foie chez l'enfant et chez l'adulte. Le fait dominant, c'est que la maladie peut être absolument latente et insidieuse ; et, de même qu'on voit des individus, porteurs d'un abcès du foie, se livrer à toute sorte de travaux, de même, l'auteur a rencontré des hépatites suppurées chez les enfants, qu'on avait méconnues pendant l'existence, ou qu'on avait confondues avec d'autres maladies. Ainsi, dans un cas, ce n'est qu'une péritonite consécutive à l'ouverture de l'abcès qui permit de le diagnostiquer; dans un autre, on se croyait simplement en présence d'une tuberculose séro-lymphatique ordinaire, parfaitement compatible avec la vie, quand l'enfant mourut subitement, et ce n'est pas sans étonnement qu'on constata l'hépatite suppurée. Enfin, dans le troisième cas de Tschernoff, la clinique pouvait laisser supposer une fièvre typhoïde ; il a fallu l'autopsie du malade pour rapporter la fièvre et les symptômes généraux dont souffrait l'enfant à leur véritable origine.

Aussi ne peut-on pas, pour le diagnostic de cette affection, se baser sur les symptômes fonctionnels ou généraux : ils entraînent trop facilement une erreur souvent inévitable. Mais il faudra se souvenir de la convexité exagérée de l'hypochondre droit, de la dilatation de la base du thorax du côté droit, s'accompagnant d'œdème de la région hépatique. Ces signes pourront suffire à porter le diagnostic, s'ils s'accompagnent de phénomènes fébriles communs à la formation de tous les foyers purulents. Mais ce que les abcès du foie offrent de spécial, surtout chez l'enfant, c'est l'absence de douleur à leur niveau, qui, cependant, ne manque presque jamais quand il y a abcès. On voit donc que c'est là un signe à l'absence duquel il ne faut pas attacher trop d'importance.

Quand l'abcès a évolué, et qu'il a atteint un certain volume, on se trouve alors en présence de symptômes dont il faudra tenir grand compte, mais sans oublier toutefois les modifications qu'ils subiront s'il y a pleurésie droite en même temps qu'hépatite suppurée : c'est la convexité exagérée du dôme diaphragmatique à droite, et c'est la moindre amplitude des mouvements du foie pendant la respiration.

On voit que, plus encore chez l'enfant que chez l'adulte, les abcès du foie demandent à être recherchés avec soin, au risque de passer inaperçus. Il faudra particulièrement se garder de les confondre avec une pleurésie, et ne pas hésiter, si le diagnostic était en suspens, à faire appel à l'examen bactériologique du pus. On sait, en effet, que le pus de l'abcès du foie est microbien, mais stérile.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 8 mai. — Présidence de M. Théophile Anger.

De l'anatomie du cholédoque et de la cholédocotomie.

M. Michaux. — J'ai fait jusqu'ici huit laparotomies pour explorer le cholédoque : deux fois j'ai trouvé de la lithiase du canal cholédoque ; deux fois de la lithiase de la vésicule biliaire ou du canal cystique ; une fois un cancer de la tête du pancréas, d'ailleurs soupçonné avant l'opération ; deux fois un cancer du foie ; une fois enfin un sarcôme de la face inférieure de cet organe.

Ces faits, joints aux explorations que j'ai pu faire au cours d'autres laparotomies, m'autorisent à apporter mon contingent d'observations à la question soulevée par la dernière communication de M. Quénu (Voir *Gazette Médicale*, du 4 mai 1895) et je demande la permission de suivre dans mon exposé le même ordre que notre distingué collègue.

a) Au point de vue de *l'anatomie* du cholédoque, je me bornerai à rappeler deux faits : 1° Il y a dans le cholédoque deux portions bien nettes : une portion sus-duodénale longue de 2 ou 3 centimètres, et où le repli hépato-duodénal recouvre, comme le dit fort bien Quénu, et comme nous le savons tous, en dedans l'artère hépatique, en arrière la veine-porte, en dehors le canal cholédoque. C'est là la portion accessible du cholédoque, la portion chirurgicale. C'est là qu'il est possible, à mon avis, d'enlever des calculs. Je ne dis pas que tous les calculs du cholédoque occupent cette position, mais tous ceux que j'ai opérés siégaient là. Quant à la seconde portion du cholédoque, elle est sous-duodénale et présente plusieurs segments à étudier. Tout d'abord, un segment long d'environ un centimètre et demi situé au-dessus du pancréas, puis une portion de 5 ou 6 centimètres située dans l'épaisseur même du pancréas, et qui est en rapport avec une branche de l'artère pancréatico-duodénale. Ma conclusion est donc qu'il est difficile d'intervenir sur cette seconde portion du cholédoque, et la vraie région chirurgicale de ce canal, c'est sa portion sus-duodénale. Je dirai même que si le calcul du cholédoque était profondément situé dans la portion sous-duodénale, je n'hésiterais pas à pratiquer, comme l'a fait d'ailleurs M. Pozzi, la duodénostomie.

b) De *l'exploration* du cholédoque, je n'ai plus grand'chose à dire. J'ai déjà montré combien était difficile à mon avis l'exploration de la seconde portion du canal. J'ajouterai aussi que la plupart des interventions sur le cholédoque sont le plus souvent des interventions complémentaires d'une opération sur la vésicule biliaire. Dans ce cas, la cholédocotomie se trouve facilitée de beaucoup, comme l'a fort bien indiqué M. Quénu. Je ferai remarquer de plus combien il est difficile de dissocier les vaisseaux du pédicule du foie pour arriver sur le cholédoque, et combien cette difficulté, que tous ceux qui ont opéré dans ces régions connaissent, rend compte des accidents qui sont survenus au cours de ces opérations. J'ajouterai enfin que je ne crois pas qu'il soit facile d'aborder un cholédoque sain ou bien qui présente un calcul dans sa partie inférieure non mobilisable.

c) Au point de vue *clinique*, je ne puis rien ajouter à ce que nous a dit l'autre jour M. Quénu. Toutefois, M. Quénu pense que le diagnostic de la lithiase du cholédoque est impossible et que cette impossibilité autorise à une laparotomie exploratrice, d'ailleurs sans aucun risque pour le malade, cela est certain. Il insinue de plus que tous les moyens médicaux ont dû être auparavant épuisés contre le syndrôme biliaire persistant, qui nous pousse à faire l'opération. Ne faut-il pas ajouter ici que certains malades, les cancéreux par exemple, ne sont pas à même de supporter l'intervention, pour peu que celle-ci soit faite quand le mal est déjà avancé ? En somme, le cancer et la lithiase, qui sont les deux grandes causes de la rétention biliaire, commandent tous les deux l'intervention exploratrice, mais une intervention précoce. Je partage entièrement sur ce point les idées de M. Quénu.

d) J'en arrive à la chirurgie du cholédoque et je remets à la Société deux observations à ce sujet.

Il y a deux sortes de cholédocotomies : des cholédocotomies simples et des cholédocotomies associées. C'est surtout des premières que M. Quénu nous a parlé. M. Quénu propose la cholédocotomie en deux temps. Elle ne présente aucun inconvénient, ajoute-t-il, mais je ferai observer qu'elle a failli en présenter dans le cas qu'il nous a rapporté. Je crois donc, pour ce motif et afin de ne pas intervenir deux fois chez un malade déjà faible, qu'il faut faire la cholédocotomie en une seule fois. M. Quénu

propose l'incision exploratrice sur la ligne médiane. Je m'en tiens, ponr mon compte, à l'incision sur le bord externe du muscle droit. Elle mène directement sur la vésicnle et la vésicule est le vrai cbemin pour aller à la recherche du cholédoque. Au hesoin, je complique l'ouverture par nne incision transversale sectionnant les attacbes du muscle, si cela est nécessaire.

e) Quant à l'*incision du cholédoque et à l'extraction du calcul*, je suis d'avis de ne les faire que dans la portion sus-duodénale du canal : c'est la seule accessible. J'ai déjà dit ce que je pensais de la duodénostomie. On a parlé de broyer le calcul pour l'extraire, mais je ne suis pas du tout partisan de la cholédo-lithotritie. Je crois que c'est par l'incision du cholédoque que doit être faite l'extraction.

f) Comment *suturer* cette incision ?

Pour moi, j'ai toujours placé une seule rangée de fils de suture. Mais je tiens à insister sur ce fait qu'il ne faut pas compter sur ces points de suture, car la bile s'échappe très facilement et cette issue de la bile est très caractéristique. Elle n'a, d'ailleurs, aucune importance.

En somme, mon travail diffère de celui de M. Quénu sur certains points d'anatomie appliquée à la chirurgie du cholédoque. Je ne ferai la cholédocotomie qu'en un seul temps, mais, comme M. Quénu, j'interviendrai le plus tôt possible dans les cas de rétention biliaire persistante.

Etiologie de certaines péritonites.

M. Kirmisson. — Nos collègues de la Société médicale des hôpitaux ont déjà signalé des cas de péritonite à pneumocoques. En voici un cas que je viens d'observer, d'opérer et de guérir.

Il s'agit d'un enfant qui présente de la suppuration du côté du pied et qui, six jours après qu'on me l'a amené, offre soudain des accidents de péritonite. Je pense tout d'abord à de la péritonite tuberculeuse à cause de l'évolution du mal. Je fais la laparotomie médiane. Il sort des flots de pus tout à fait semblable à celui dont les médecins ont parlé dans les faits que j'ai signalés plus haut, c'est-à-dire un pus bien lié, vert, visqueux, gluant, mélangé de flocons fibrineux, ne présentant donc aucun des caractères du pus tuberculeux, et dans lequel le microscope a montré la présence de pneumocoques et de quelques streptocoques sans aucun bacille de Koch.

J'ai pensé que cette étiologie des péritonites ne devait pas nous rester indifférente, puisque c'est nous qui sommes appelés à soigner et à guérir les malades dans ces cas-là. Et à ce titre j'ai cru intéressant de rapporter cette observation à la Société.

De l'anesthésie par l'éther.

M. Chaput. — J'apporte à la Société, au nom de mes deux internes, MM. Lenoble et Angbelesco, et au mien les résultats de 135 observations d'anesthésie par l'éther. Nous nous sommes servis de l'appareil de Bansher. Au cours de l'éthérisation, on commence par habituer le malade à l'éther pendant une minute, puis l'appareil est hermétiquement appliqué sur son nez et sur sa bouche, et l'anesthésie se produit en six minutes au maximum. La quantité d'éther employée par nous a été d'environ 150 gr. pour une opération d'une heure. Voici les phénomènes que nous avons observés *avant, pendant* et *après* l'anesthésie.

a) *Avant l'anesthésie* il peut y avoir de la toux et de l'agitation. Nous avons observé de la toux 22 fois. Nous avons noté de l'agitation violente 12 fois Elle est plus grande chez les alcooliques et les sujets nerveux que par l'anesthésie chloroformique.

b) *Pendant l'anesthésie* la cyanose est à peu près constante, mais ce n'est pas une cyanose effrayante en soi. Les pupilles sont plutôt dilatées dans un tiers des cas. Le nystagmus peut se produire un peu avant la disparition du réflexe cornéen. Il y a une abondante salivation. La respiration est bruyante et fréquente ; il y a de 30 à 50 respirations par minute. Le pouls est fort et fréquent : 120 à 160. Les pulsations cardiaques sont très fortes. Les vomissements sont rares ; nons n'en avons obs

…ns le traitement des
…énérescences secon-
…ne et dégénéres-

c) *Après l'anesthésie* les malades se réveillent… penvent se lever et, d'après Chalot, on pourrait les… sans crainte deux benres après l'éthérisation. Ils sont… moins de régnrgitations muquenses snr lesquelles j'i… parce que ce ne sont pas des vomissements. Elles se fon… effort. J'ai vu toutefois deux cas de vomissements persistan… mais deux seulement. On devine toute l'importance de ces faits quand il s'agit d'opérer sur l'intestin. Quelquefois enfin, l'agitation consécutive à l'éthérisation est assez violente.

Je considérerai maintenant d'autres points : les affections pulmonaires ne sont pas modifiées par l'éthérisation ; j'ai eu, néanmoins, un cas de mort chez un vieil asthmatique probablement par broncho-pneumonie. L'albuminurie n'est pas aggravée davantage. En somme, l'éther présente sur les viscères les mêmes inconvénients que le chloroforme, mais ils sont moindres.

Au cours de l'éthérisation, la température descend très rapidement de deux degrés, et, dès que l'éther cesse d'agir, elle remonte. Le fait est à prévoir et commande de réchauffer le malade le plus possible.

Si je compare maintenant les avantages de l'éther à ceux du chloroforme, je vois tout d'abord qu'il y a environ un cas de mort sur 3,000 chloroformisations, tandis qu'un seul malade sur 12,000 meurt par l'éther. Paul Bert nous a montré, en effet, que la zône maniable de l'éther, c'est-à-dire la quantité d'éther, qu'on doit donner à un individu soumis à l'anesthésie pour provoquer sa mort, est beaucoup plus grande que la zône maniable de chloroforme. De plus, c'est la respiration qui nous guide dans l'éthérisation, et nous savons qu'elle est assez bruyante pour ne pas la perdre de vue. Or, c'est l'arrêt de la respiration qui provoque la syncope par l'éther et cet arrêt est facile à constater, à éviter et surtout à combattre par la respiration artificielle. Il y a donc une supériorité évidente de l'éther sur le chloroforme, supériorité qui se montre encore dans ce fait que nous pouvons, pour ainsi dire, confier l'éther à n'importe quel aide tant soit peu attentif, ce que nous ne ferions pas pour le chloroforme.

Il y a néanmoins quelques contre-indications à l'emploi de l'éther pour l'anesthésie.

Ce sont les accidents pulmonaires aigus ou chroniques, les cas de trachéotomie et les cas de chirurgie cérébrale, comme le dit Chalot.

On peut se servir de trois sortes d'appareils : le masque de Jules Roux, celui de Julliard, et l'appareil de Bansher. Je préfère ce dernier. Il ne recouvre que le nez et la bouche et permet de surveiller l'œil.

M. Ollier (de Lyon). — Je souscris aux idées de M. Chaput avec d'autant plus de plaisir que moi-même, depuis plus de 35 ans, je prône l'anesthésie par l'éther et que sur 40,000 éthérisations faites sous ma responsabilité, par moi et mes élèves, je n'ai jamais vu un seul accident mortel. J'aurais néanmoins quelques remarques à faire sur certaines conclusions de M. Chaput.

Je les résumerai en un seul mot : l'éthérisation *ne doit pas se faire vite*, sa durée moyenne pour obtenir l'anesthésie est d'environ un quart d'heure. Ainsi, je crois que l'on peut éviter tous les accidents, et qu'il n'y a pas, en somme, de contre-indications à l'emploi de l'éther. Je me propose de discuter la question plus longuement une autre fois devant la Société.

Arrachement de la main. — Guérison sans amputation de l'avant-bras.

M. Delorme. — A ce sujet, je présente à la Société un malade chez lequel je me suis contenté, devant le bon aspect de la plaie, de faire des sutures, et dont le résultat me paraît assez satisfaisant pour le port d'un appareil prothétique. A ce sujet je ferai les trois observations suivantes : a) il n'est pas toujours utile de faire une amputation régularisatrice dans les cas d'arrachement ; b) le pronostic de ces plaies par arrachement a été, comme vous le

…mple, notablement modifié par l'antisepsie ; c) à …on recommande de tailler un lambeau suffisant …ir le poignet amputé. Vous voyez qu'ici il n'y a pas …éau et que le moignon n'en est pas moins satisfaisant.

Tschernirier. — Le résultat obtenu par M. Delorme me parait …être satisfaisant. Voici un moignon rouge après un accident …date de six mois. Il ne devrait pas être ainsi. Cela tient à ce …qu'il vit mal. Le moignon aurait meilleur aspect si M. Delorme avait fait l'amputation de l'avant-bras comme nous avons tous l'habitude de faire. Au résumé, les conclusions et le résultat de M. Delorme ne sauraient modifier mes idées et mon enseignement sur ce point de la chirurgie. J. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 7 mai.

Un cas de méningite grippale.

M. Cornil. — J'ai observé avec M. Durante un cas de méningite grippale qui se rapproche de celui dont j'ai communiqué l'observation à l'Académie il y a quelque temps ; mais ici, la maladie s'est terminée par la mort.

Une femme de quarante ans fut prise le 10 avril de mal de tête et de courbature générale, auxquels succédèrent bientôt de la fièvre, de l'abattement et de la somnolence, et plus tard un véritable coma avec stertor. Il y avait en même temps hémiplégie des membres et du facial supérieur du côté droit, incontinence d'urine et des matières fécales.

La malade mourut au bout de quelques jours, et l'autopsie nous permit de faire les constatations suivantes. La pie-mère était épaissie, infiltrée d'un liquide abondant et opaque. Un petit foyer hémorrhagique siégeait dans le cerveau droit, en pleine substance grise ; un autre siégeait dans la première circonvolution occipitale du même côté. Nous étions donc en présence d'une encéphalo-méningite prédominante à la convexité du cerveau. L'examen bactériologique ne nous a pas montré le bacille de la grippe, mais on sait que sans doute ce dernier ne pénètre pas dans le sang.

M. L. Colin. — J'ai signalé déjà l'existence de méningites suppurées à streptocoques, durant les épidémies de grippe. Plusieurs autres observations m'ont été communiquées, où des méningites mortelles ont éclaté au cours de l'influenza, sans parler de celles du directeur de l'École de médecine navale de Bordeaux qui, lui aussi, a vu l'inflammation des méninges à la suite de la grippe.

M. Cornil. — Il serait utile de distinguer, parmi les méningites survenues au cours de la grippe, celles qui reconnaissent pour cause les microbes pyogènes ordinaires et celles qui relèvent du bacille de la grippe lui-même. Le cas que je viens de signaler était bien de la méningite grippale pure, car il n'y avait pas de microbes de la suppuration. De plus, le pus de la méningite grippale vraie est séreux et n'a pas l'opacité que présente celui des méningites à pneumocoques et à streptocoques.

Tuberculose larvée des trois amygdales.

M. Dieulafoy. — Je veux vous entretenir aujourd'hui du traitement de la tuberculose larvée des trois amygdales, dont je vous ai parlé à la dernière séance.

Le traitement prophylactique est celui qui m'occupera tout d'abord.

La respiration et la déglutition permettent au bacille de Koch de se rendre dans la région naso-pharyngienne. Je crois que la respiration joue un rôle beaucoup plus important que la déglutition. Aussi faut-il, autant que possible, empêcher les petits malades de respirer un air infecté de poussières de crachats tuberculeux. D'autre part, on doit se rappeler que certains aliments, comme le lait, certains fromages, les viandes crues, etc., sont capables de contenir le bacille tuberculeux.

Le traitement curatif, de son côté, consiste à mettre l'organisme en état de défense contre l'envahissement bacillaire par une alimentation riche en substances graisseuses et huileuses, comme l'huile de foie de morue, à laquelle s'ajoutera le séjour au bord de la mer. A côté de ce traitement médical, le traitement chirurgical doit-il prendre place ? Est-il bon de pratiquer l'ablation des amygdales hypertrophiées et des végétations adénoïdes ? C'est là une question que je laisse à résoudre aux chirurgiens.

M. Lancereaux. — M. Dieulafoy a démontré expérimentalement que les végétations adénoïdes des fosses nasales sont un bon terrain de développement pour les bacilles tuberculeux. M. Lermoyez avait déjà fait cette démonstration cliniquement, en montrant que la tuberculose des végétations adénoïdes revêtait deux aspects différents. L'un est facilement constatable, l'autre constitue une forme larvée, qui nécessite l'aide du microscope. M. Lermoyez, dans un cas, extirpa même des végétations où rien ne permettait de soupçonner l'existence de tubercules, et, cependant, il trouva au microscope de nombreux bacilles. C'est pourquoi il avait distrait du groupe des végétations adénoïdes la forme qui s'appelle végétations adénoïdes tuberculeuses.

M. Dieulafoy. — J'ai précisément cherché à établir expérimentalement l'existence de la tuberculose pharyngée spéciale, que M. Lermoyez avait montrée par la clinique.

M. Péan. — Il serait intéressant de savoir si, dans la forme de tuberculose amygdalienne, décrite par M. Dieulafoy, l'hypertrophie de l'amygdale est constante. J'ai vu des malades chez lesquels cette hypertrophie n'existait pas, alors que l'adénopathie cervicale tuberculeuse était bien probable ; tandis qu'au contraire, j'en ai vu d'autres qui avaient de fortes ulcérations amygdaliennes sans aucune adénopathie. Y a-t-il corrélation entre les lésions amygdaliennes et l'état des ganglions sous-maxillaires et cervicaux ?

M. Dieulafoy. — L'hypertrophie de l'amygdale est fréquente, mais je ne sais si elle est constante. Il serait, en effet, utile de savoir si des amygdales saines en apparence sont tuberculeuses, auquel cas la tuberculose amygdalienne, au lieu d'être larvée, serait absolument latente.

Du traitement des rétrécissements des voies lacrymales par l'électrolyse.

M. Lagrange (de Bordeaux) lit un travail dans lequel il montre que l'électrolyse négative à faible courant (3 à 5 milliampères) jouit d'une réelle efficacité contre les rétrécissements peu serrés des voies lacrymales, surtout si ces rétrécissements sont d'origine inflammatoire. Chez la plupart des malades qu'il a traités par cette méthode, l'orateur a obtenu la guérison en une ou deux séances d'électrolyse.

M. Blanchard lit un rapport sur un travail de C. Wardell Stiles (de Washington) ayant pour objet la rareté du tænia solium dans l'Amérique du Nord. J. P.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 29 avril.

De la sérothérapie dans le cancer.

MM. Richet et Héricourt. — La sérothérapie ne s'applique pas seulement aux maladies infectieuses dont le microbe virulent est connu, mais aussi, comme le prouvent les deux cas que nous allons rapporter, à des affections dont l'origine microbienne est encore discutable, comme le cancer.

M. Reclus avait enlevé un ostéosarcôme de la jambe au mois de février dernier. La tumeur broyée, additionnée d'un peu d'eau, donna un liquide qui, filtré sur toile, fut injecté à un âne et à deux chiens. Cette injection ne provoqua d'ailleurs aucune réaction. Nous avons pris quelques jours plus tard le sang des animaux injectés pour en recueillir le sérum, et c'est ce sérum qui nous a

servi dans nos expériences thérapeutiques. Nous avons eu l'occasion d'en faire application dans deux cas.

Dans le premier cas, dû à M. Terrier, il s'agissait d'un fibro-sarcôme qui avait récidivé après opération. Pendant quarante jours, nous avons injecté chaque jour 3 centimètres cubes de sérum autour de la tumeur dans le tissu cellulaire, ce qui fit une dose totale de 120 centimètres cubes de sérum. La tumeur, au bout de quinze jours, commença à diminuer manifestement et aujourd'hui elle est remplacée par une plaque d'induration qui n'est pas égale, comme volume, au tiers de la tumeur primitive. En même temps, l'état général a été fort amélioré et la malade a engraissé d'une façon appréciable. La tumeur, de nature certainement cancéreuse, a donc été guérie par les injections de sérum.

Le second cas que nous rapportons a trait à un malade de M. Reclus. Il s'agit d'un homme de 44 ans ayant un cancer de l'estomac, auquel il aurait été difficile de remédier par une intervention chirurgicale. Nous lui avons injecté 64 centimètres cubes de sérum. L'état général s'améliora promptement et le malade augmenta de trois kilogrammes en une quinzaine de jours. De son côté, la tumeur avait diminué de volume, au point qu'elle n'était plus perceptible comme tumeur isolée et saillante, au bout de fort peu de temps. La palpation épigastrique donnait la sensation d'un plan résistant, d'un empâtement difficile à limiter.

Le succès a donc, comme dans la première observation, été incontestable, et il demeure bien acquis que le sérum anticancéreux a un pouvoir curatif tout à fait efficace. J. P.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 3 mai.

Hyperesthésie et anesthésie dans une névrite périphérique traumatique.

M. Catrin présente un malade, âgé de 23 ans, qui, en 1891, à la suite d'un coup de pied de cheval, eut une fracture de jambe. La consolidation fut longue et défectueuse et s'obtint avec un cal vicieux. Des phénomènes de névrite périphérique se montrèrent dans la jambe, siège de la fracture.

Le malade fut conservé, depuis cette époque, dans les hôpitaux militaires et envoyé actuellement dans le service de M. Catrin, pour soupçons de tuberculose pulmonaire. Il y a une atrophie très marquée de la jambe et du pied; le réflexe plantaire est absent; le réflexe rotulien plutôt un peu exagéré; il existe un abaissement de température de 2 degrés du côté malade, avec des sueurs profuses: la névrite est indiscutable. Mais le point sur lequel M. Catrin veut attirer l'attention, c'est l'existence, à côté de zônes anesthésiques, de deux zônes d'hyperesthésie très marquée, l'une au niveau de la malléole externe.

C'est là un cas très net de mélange d'anesthésie et d'hyperesthésie dans une névrite périphérique, où l'influence de l'hystérie ne peut, à aucun titre, être invoquée. M. Catrin a signalé la même coïncidence dans un cas de névrite paludéenne.

M. Rendu. — Ces phénomènes se rencontrent également dans les névrites spontanées, dans le zôna. Le mélange de zônes anesthésiées et hyperesthésiées y est la règle.

Traitement de la péritonite tuberculeuse par les injections de naphtol camphré.

M. Catrin rappelle la communication de M. Rendu sur ce sujet. Il a eu l'occasion d'appliquer cette méthode de traitement. Ayant, au mois de mars dernier, trois péritonites tuberculeuses dans son service, il a été amené dans un des cas à se servir des injections de naphtol camphré. Le malade, au cours d'une tuberculose déjà assez avancée des deux poumons, présenta des phénomènes de péritonite tuberculeuse avec fièvre. Au bout de quinze jours il s'était formé une quantité assez considérable de liquide, amenant de la dyspnée, qui rendit nécessaire une paracentèse. On retira 4 litres 200 grammes de liquide... ment, et dix jours après une seconde po... 4 litres 100 grammes. A la suite de cette ponc... jecta 12 grammes de naphtol camphré dans la ca... Il y eut à la suite une réaction locale assez vive, d... abdominales, quelques vomissements, la température... Tout cela dura huit jours. Le liquide ne se reproduisit pas... vit se former dans le flanc gauche un gâteau, indice d'une p... tonite adhésive, très rapidement obtenue (l'injection de naphtol camphré a été faite au niveau du flanc gauche). Depuis, les mêmes phénomènes se sont produits du côté du flanc droit, et l'on sent à ce niveau se former un gâteau analogue. Avec cette amélioration locale considérable, semble coïncider une amélioration de l'état général.

M. Rendu. — Je crois que si les choses se passent comme chez mes malades, ce gâteau se résorbera et disparaîtra en 5 à 6 mois. Quant à la première malade que j'ai présentée à la Société et qui paraissait absolument guérie, voici quelle a été l'évolution ultérieure fort intéressante. Cette malade était placée dans une famille où j'ai pu la suivre; elle a été atteinte de carie tuberculeuse du sternum et soignée dans le service de M. le professeur Le Dentu. Divers traitements furent institués sans pouvoir arrêter les phénomènes de carie et la suppuration qui en résultait. La malade fut prise de diarrhée chronique et finit par succomber. L'autopsie montra de la stéatose viscérale généralisée et de la dégénérescence amyloïde. Le péritoine présentait l'apparence grisâtre ardoisée des vieilles péritonites; nulle part de granulations tuberculeuses. Et cependant, cela avait été sans aucun doute une péritonite tuberculeuse. L'inoculation du liquide péritonéal au cobaye avait été positive et, d'ailleurs, on retrouvait encore à l'autopsie 3 ou 4 ganglions mésentériques caséeux. La guérison de cette péritonite tuberculeuse a donc été démontrée par l'autopsie.

Occlusion intestinale chronique par pincement d'une anse de l'intestin grêle dans la cicatrice d'une hystérectomie.

M. Mathieu (présentation de pièce anatomique) a reçu il y a trois semaines dans son service une femme envoyée de chirurgie avec le diagnostic de cancer de l'estomac. Cette malade avait subi dix-huit mois avant une hystérectomie vaginale et elle s'était adressée d'abord au chirurgien qui l'avait opérée; mais celui-ci ne trouvant rien du côté du bassin et des annexes l'avait renvoyée en médecine. Depuis 15 mois la malade présentait des troubles dyspeptiques, du dégoût de la viande, surtout une constipation opiniâtre; puis apparurent des vomissements alimentaires qui allèrent en se rapprochant; de même que l'amaigrissement s'accentuait. Dans les derniers jours, les vomissements avaient pris le caractère des vomissements noirs et étaient devenus quotidiens; ils ressemblaient à du chocolat délayé dans l'eau.

M. Mathieu accepta d'abord le diagnostic de cancer de l'estomac, d'autant qu'il n'y avait absolument rien au toucher utérin, pas la moindre induration; un léger suintement sanguin sans aucune odeur. L'abdomen était un peu tuméfié et légèrement douloureux. M. Mathieu pensa qu'il y avait une légère propagation péritonéale. Mais, le cinquième jour après l'entrée de cette malade, il fut frappé de deux phénomènes nouveaux : 1° l'augmentation du météorisme et le développement considérable des anses intestinales dont on voyait les contractions se dessiner sous la peau de l'abdomen; 2° l'apparition de vomissements fécaloïdes. Le diagnostic fut modifié et M. Mathieu conclut à une occlusion intestinale. Vingt-quatre heures après, la malade succombait avant qu'on eût pu tenter un traitement chirurgical. M. Mathieu avait fait donner un lavement purgatif et une grande injection à faible pression dans le rectum.

A l'autopsie, on trouva une petite anse de l'intestin grêle, longue de 6 centimètres, voisine de la dernière partie de l'iléon,

...mple... résultant de l'hystérectomie; cette anse ...on r... de son diamètre normal; il y avait, en ...r le ...rsion de l'intestin grêle, juste au-dessus de la ...eau... dans la cicatrice qui contribuait encore à produire ...nes d'occlusion. Ces phénomènes d'occlusion chro... Tschepir... patite ...été la cause de la mort de la malade.

l'adr... ...athieu insiste sur la rareté des faits d'occlusion à la suite qu'... d'hystérectomie vaginale et sur un point particulier : l'apparition de vomissements noirs au cours de l'occlusion intestinale. Il en donne l'explication suivante. L'intestin grêle étant très congestionné, il s'est fait à la faveur de cette congestion de la transsudation sanguine dans l'intestin. Les vomissements étaient des vomissements fécaloïdes teintés par le sang transsudé. L'estomac ne présentait d'ailleurs aucune lésion à l'autopsie. Le sang venait de l'intestin.

Syphilis du cœur. — Pouls lent permanent.

M. Rendu rapporte une observation de syphilis du cœur. Pendant la vie, à côté de divers symptômes cardiaques, on nota en particulier du pouls lent permanent. Le malade, plombier, âgé de 43 ans, est entré le 3 décembre 1894 dans le service de M. Rendu. Il n'avait pas d'antécédents saturnins; il accusait seulement quelques attaques de rhumatisme subaigu. On n'a pas recherché la syphilis; le malade n'a jamais été interrogé à ce sujet. C'était un vieux cardiaque, déjà soigné chez M. Huchard et M. Dieulafoy pour des attaques d'asystolie. Il présentait à l'entrée le type du cardiaque classique, avec un certain degré de pâleur de la face. Le cœur était gros; la matité précordiale était de 15 centimètres. La pointe battait dans le sixième espace. Il y avait de l'arythmie avec une lenteur générale des battements; pas de frémissement cataire. A la partie moyenne de la région ventriculaire gauche on entendait un souffle systolique, qui s'accompagnait parfois d'un piaulement très net. M. Rendu diagnostiqua une insuffisance mitrale et mit le malade à la macération de digitale et au régime lacté. L'asystolie disparut; mais malgré la disparition des œdèmes, malgré la diurèse, l'oppression persista, l'état général ne s'améliora pas beaucoup et le pouls resta lent. La caféine employée ensuite donna un peu de force, mais le pouls continua à battre 30 à 32 par minute, sans faux pas. Il y avait certainement dans l'état du malade, dans l'évolution des phénomènes, quelque chose qui le séparait d'une façon frappante des cardiaques ordinaires. Il succomba brusquement à une syncope, sans que les phénomènes d'asystolie eussent réapparus plus accentués.

A l'autopsie, on trouva des reins irréguliers, bosselés; la capsule était adhérente; la substance corticale, très diminuée de volume, présentait des kystes; la substance médullaire était congestionnée; les lésions d'une néphrite scléreuse avancée avec kystes, avec un peu de congestion.

Le cœur était très volumineux, le ventricule gauche surtout hypertrophié. Il n'y avait pas de thrombose cardiaque comme on aurait pu s'y attendre après la mort subite. Le cœur rappelait l'aspect du cœur de Traube, exclusivement formé par le ventricule gauche.

L'endocarde épaissi présentait une plaque jaune cartilagineuse, allant des valvules aortiques aux muscles papillaires, englobant donc la grande valve de la mitrale, et amenant un rétrécissement de l'orifice ventriculo-aortique, cause du souffle sous-aortique perçu pendant la vie. Cette plaque englobait également quelques-uns des muscles papillaires, d'où le bruit de piaulement. Le myocarde gauche présentait en outre à sa base, près de la région aortique, un très volumineux noyau de la grosseur d'une petite noix, avec l'aspect typique d'une gomme : centre jaune caséeux, puis zône bleuâtre de tissu fibreux et tout à fait en dehors une zône de tissu embryonnaire, très vascularisée.

M. Rendu a eu l'occasion de relire les divers mémoires consacrés à la syphilis du cœur (Lancereaux, Dietrich); il a vu que généralement la syphilis du cœur se traduisait par de la rapidité et de la faiblesse du pouls, par l'irrégularité des battements. Jamais il n'a vu signalé le pouls lent permanent. M. Rendu se demande si le pouls lent permanent n'était pas la conséquence de la lésion rénale, comme cela a été affirmé par M. Hanot; ou bien faut-il penser à une origine bulbo-protubérantielle, due à une lésion vasculaire athéromateuse? Il n'y avait rien dans les centres nerveux.

M. Rendu croit que ce malade a eu le pouls lent à cause de ses lésions rénales; il s'agissait d'une sorte d'urémie.

M. Rendu rappelle, à propos d'une observation de M. Gouraud, que le rein présentait aussi des lésions gommeuses et de la dégénérescence amyloïde.

M. Hayem demande si on a pratiqué l'examen des fibres musculaires du cœur. La dégénérescence graisseuse des fibres du cœur, fréquente dans la syphilis, peut donner lieu au pouls lent permanent. Cette adipose présente une coloration chamois spéciale, par zônes, qui tranche sur la coloration rosée habituelle du myocarde. H. MÉRY.

LES LIVRES

Traité pratique de médecine clinique et thérapeutique. 6 volumes publiés à la librairie Maloine, sous la direction des docteurs J. BERNHEIM et E. LAURENT.

Les traités de médecine se suivent et ont la prétention de ne point se ressembler. Chacun veut, sans doute, répondre à une indication nouvelle, combler un desideratum des traités antérieurs; loin de nous toute pensée d'intérêt personnel des auteurs ou de l'éditeur. MM. Bernheim et Laurent se sont surtout préoccupés de la partie clinique et thérapeutique qui leur a semblé négligée dans les traités déjà parus; rien de plus naturel qu'ils aient souvent dessiné de contours assez vagues l'anatomie pathologique et l'étiologie.

Consacrant autant d'efforts et de soins à la partie thérapeutique, on est étonné de trouver un manque d'unité entre les divers articles de ce traité, d'autant plus surprenant que les six volumes sont parus en 1895. Ainsi, la sérothérapie indiquée pour le traitement de l'angine diphtérique est passée sous silence quand il s'agit du croup. Cela tient probablement à la libéralité avec laquelle les divers volumes du traité ont été ouverts à des collaborateurs d'opinions les plus opposées. Ainsi, M. J. Bernheim, qui a fait des tentatives de sérothérapie dans la tuberculose, est naturellement un chaud partisan de cette méthode thérapeutique; mais, à côté de lui, nous voyons M. Sanchez Herrero, professeur de clinique à la Faculté de Madrid, exécuter magistralement les sérothérapeutes à propos de la vaccination de la pneumonie : « Prétendre qu'un organisme » attaqué par un million ou plus d'envahisseurs robustes et » aguerris, ou empoisonné par un ou plusieurs grammes de venin, » peut lutter avec plus de chances de succès en lui introduisant » un demi-million de plus des mêmes microbes à moitié morts, » c'est-à-dire atténués, ou quelques centigrammes de plus de poison dilué, c'est s'inscrire en faux contre toute raison humaine... » Les Klemperer, les Foa, les Scaria et les Junson doivent » retourner à leurs lapins. »

Pour un traité pratique, il est bien dangereux d'abriter des opinions aussi contraires; au lieu d'éclairer l'opinion du lecteur, on risque fort d'aboutir au chaos.

C'est là l'écueil d'une collaboration aussi variée. Mais cette variété, qui est le caractère distinctif et très nouveau du traité de M. Bernheim, a aussi ses avantages. A côté des collaborateurs français, souvent un peu ignorés, on trouve un luxe de collaborateurs étrangers, qui donnent un lustre tout particulier à ce nouveau traité de médecine. Tous les pays d'Europe et même le Mexique y sont représentés. On lira avec intérêt les articles de Semmola sur l'albuminurie; de Tobeitz, sur la coqueluche; de Ferran, sur le choléra, etc.

MM. Bernheim et Laurent ont d'ailleurs de beaucoup la part la plus importante dans les divers articles de leur traité (Tuberculose, J. Bernheim, etc.).

Ce traité de médecine qui, comme nous l'avons dit, a offert une hospitalité fort libérale aux opinions diverses de collaborateurs variés n'a pas cru devoir se montrer plus rigoureux vis-à-vis de quelques affections chirurgicales (on y trouvera les maladies des yeux, des oreilles, de la vessie et du testicule). C'est le triomphe de l'éclectisme.

On trouve enfin, de temps en temps, les marques d'une certaine gaieté gauloise, apte à délasser le lecteur de l'aridité d'un traité de pathologie interne. On voit, dans l'article Massage, rappeler les procédés en usage dans les lupanars pour exciter les vieillards impuissants. C'est ainsi que se joint l'utile à l'agréable; il est tout naturel que des collaborateurs français se soient réservés cette dernière partie. H. M.

ACTES DE LA FACULTÉ

DU 13 AU 18 MAI 1895

EXAMENS

Lundi 13 mai. — 2e Oral (1re partie. 1re série) : MM. Segond, Déjerine, Sebileau. — 2e Oral (1re partie, 2e série) : MM. Delbet, Ricard, Retterer. — 3e Oral (1re partie) : MM. Marchand, Jalaguier, Lejars. — 3e (2e partie) : MM. Fournier, Straus, Gaucher. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Kirmisson, Varnier.

Mardi 14 mai. — 2e Oral (1re partie, 1re série) : MM. Campenon, Remy, Poirier. — 2e Oral (1re partie, 2e série) : MM. Cornil, Pozzi, Quénu. — 3e Oral (1re partie) : MM. Budin, Richelot, Albarran. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité : MM. Panas, Polaillon. Brun. — 5e (2e partie, Charité) : MM. Hallopeau, Marie, Ménétrier. — 5e Définitif (Officiat), Charité : MM. Le Dentu, Bar, Roger.

Mercredi 15 mai. — 3e Oral (1re partie) : MM. Kirmisson, Varnier, Poirier. — 3e (2e partie) : MM. Grancher, Landouzy, Brissaud. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Segond, Delbet, Jalaguier. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Marchand, Ricard, Lejars.

Jeudi 16 mai. — 2e Oral (1re partie. 1re série) : MM. Mathias-Duval, Polaillon, Poirier. — 2e Oral (1re partie, 2e série) : MM. Raymond, Richelot, Remy. — 3e Oral (1re partie, 1re série) : MM. Panas, Pozzi, Bar. — 3e Oral (1re partie, 2e série) : MM. Guyon, Schwartz. Albarran. — 3e (2e partie) : MM. Dieulafoy, Joffroy, Netter. — 4e : MM. Proust, Pouchet, Letulle.

Vendredi 17 mai. — *Médecine opératoire* : MM. Segond, Jalaguier, Poirier. — 2e Oral (1re partie) : MM. Mathias-Duval, Retterer, Sebileau. 3e (2e partie) : MM. Gley, Gaucher, Weiss — 4e : MM. Pouchet, Landouzy, Netter. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité : MM. Kirmisson, Tuffier, Leja s. — 5e (2e partie), Charité : MM. Potain, Hayem, Brissaud. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Marchand, Varnier.

Samedi 18 mai. — 2e Oral (1re partie) : MM. Mathias-Duval, Quénu, Poirier. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu : MM. Polaillon, Richelot, Schwartz. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Pozzi, Campenon, Albarran. — 5e (2e partie), Charité (1re série) : MM. Jaccoud, Ballet, Marfan. — 5e (2e partie), Charité (2e série) : MM. Raymond, Chantemesse, Roger. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique d'Accouchements, rue d'Assas : MM. Budin, Remy, Bar.

THÈSES

Mercredi 15 mai, à 1 heure. — *Mme de Tikomiroff* : Formes cliniques de l'angine de poitrine et en particulier de la forme mixte. — *M. Raynaud* : Contribution à l'étude des lésions péri-articulaires d'origine blennorrhagique. — *M. Hulot* : Infections d'origine cutanée chez les enfants. — *Mme Bernstein* : Contribution à l'étude clinique et embryotomie céphalique. — *M. Rodriguez* : De l'incision du cul de-sac postérieur et du drainage para-utérin dans les suppurations et hématomes pelviens.

Jeudi 16 mai, à 1 heure. — *M. François* : Typhus exanthématique. — *M. Macé* : Etude sur les formes de l'érythème pernio. — *M. Balladur* : De l'intervention chirurgicale dans les lésions de l'intestin par contusion de l'abdomen.

Samedi 18 mai, à 1 heure. — *M. Largeau* : De la sclérite rhumatismale diffuse. — *M. Amblard* : Des injections de formol dans le traitement des suppurations lacrymales. — *M. Durante* : Des dégénérescences secondaires du système nerveux : dégénérescence wallérienne et dégénérescence rétrograde.

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

FACULTÉS

Concours d'agrégation d'anatomie, physiologie et histoire naturelle.

Ce concours s'ouvrira à Paris le 20 mai.

Le jury est ainsi composé :

M. Mathias-Duval, président; — MM. E. Perrier (de l'Académie des sciences); Farabeuf (de Paris); Bouchard (de Bordeaux); Morat (de Lyon); Granel (de Montpellier); Prenant (de Nancy); Poirier et Gley, agrégés de Paris; Laborde (de l'Académie de médecine).

Les candidats sont :

Physiologie. — MM. Cousin, Sellier, Delzenne. Doyen, Biscons, Lambert, Pachon, Guibbaud.

Anatomie. — MM. Cannieu, Durand, Siraud, Mouret, Jacques, Moran, Pilliet, Rieffel, Thiéry, Viguié, Ambialet, Soulié, Morestin.

Histoire naturelle. — MM. Gerber. Beille, Peytoureau, Dewévre, Galavielle, Vuillemin.

Première réunion le lundi 20 mai à midi et demi pour la constitution du jury, l'appel des candidats, la préparation des questions qui devront faire l'objet des leçons de trois quarts d'heure ; enfin la désignation, par le sort, de l'ordre dans lequel les candidats subiront leurs épreuves.

EXAMENS

Avis aux candidats ajournés avant le 2 juin 1895.

MM. les candidats ajournés avant le 2 juin 1895 sont informés que :

1° Les épreuves pratiques seront renouvelées dans la dernière quinzaine de juin (à partir du 16 juin).

2° Les épreuves orales seront renouvelées :

A partir du 15 juin, par les candidats ayant échoué avant le 16 juin.

A partir du 1er juillet, par ceux qui ont échoué après le 16 mai et avant le 2 juin.

Les candidats ajournés avant le 16 mai consigneront les 27, 28 mai et 4 juin 1895 inclusivement, dernier délai.

Les candidats ajournés après le 16 mai et avant le 2 juin consigneront les 10, 11, 17 et 18 juin 1895 inclusivement, dernier délai.

Ils sont tenus de déclarer, en consignant, la date exacte de leur échec.

HOPITAUX DE PARIS

Hôpital Saint-Louis.

COURS CLINIQUE DES MALADIES SYPHILITIQUES ET CUTANÉE

Le professeur Alfred Fournier reprendra ce cours le vendredi 10 mai, à dix heures, et le continuera les mardis et vendredis suivants.

Hôpital Necker.

M. le docteur Henri Huchard commencera les conférences de clinique et thérapeutique médicales, le samedi 11 mai, à dix heures, et les continuera les samedis suivants à la même heure, à l'Amphithéâtre des cours.

Mercredi et samedi, à 9 heures, visite des malades nouveaux (salles Chauffard et Delpech).

Lundi, à 9 heures, conférences cliniques par les candidats au concours du Bureau central des hôpitaux (pavillon de la salle Delpech).

Jeudi, à 10 heures, conférences de séméiologie et d'anatomie pathologique. par MM. le chef de clinique et l'interne du service (pavillon de la salle Delpech).

Dimanche, de 8 heures et demie à 11 heures et demie, travaux pratiques au laboratoire de thérapeutique et de bactériologie.

Hôpital Cochin.

M. le Dr Gilles de la Tourette, agrégé, commencera le dimanche 12 mai, à 9 heures et demie, hôpital Cochin (amphithéâtre Dujardin-Beaumetz), un cours de thérapeutique appliquée aux maladies du système nerveux, et le continuera les dimanches suivants, à la même heure.

NOUVELLES

Concours du Bureau central (Médecine).

Le concours pour trois places de médecin du Bureau central s'est terminé hier soir par la nomination de MM. Vaquez, Launois et Wurtz.

Le jury pour le prochain concours du Bureau central (médecine) qui doit s'ouvrir le 20 mai est ainsi constitué provisoirement :

MM. Cuffer, Audhoui, Grancher, Rendu, Fournier, Balzer et Nélaton.

Muséum d'histoire naturelle.

M. le professeur Chauveau ouvrira le cours de pathologie comparée le samedi 27 avril 1895, à deux heures un quart, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure.

Maladies du larynx, du nez et des oreilles (cours privés gratuits).

M. Castex : Clinique (24, rue Guénégaud), mardi, jeudi et samedi, à 3 heures, à partir du 30 avril. Examen des malades et opérations à 3 heures et demie.

Ecole de médecine de Dijon.

Deux concours s'ouvriront le 11 novembre 1895, devant la Faculté de médecine de Lyon, pour les emplois de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicale et des chaires de chimie, pharmacie, histoire naturelle et matière médicale à l'école de médecine de Dijon.

Les registres d'inscription seront clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Ecole supérieure de pharmacie de Paris.

Il vient d'être créé à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris une chaire de chimie analytique.

M. Villiers-Moriamé, agrégé des Ecoles supérieures de pharmacie, chargé d'un cours complémentaire de chimie analytique à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, est nommé professeur de chimie analytique à ladite Ecole.

NOTES POUR L'INTERNAT

GRENOUILLETTE SUB-LINGUALE

Définition.

Tumeur liquide enkystée du plancher de la bouche.

Etiologie.

Mal connue, se rencontre chez l'adulte ; plus fréquente chez la femme que chez l'homme.

Siège. — Plancher buccal, égale distance de la pointe et de la base, soit à droite, soit à gauche. Empiète quelquefois sur la ligne médiane, séparée alors en deux parties par sillon déterminé par frein de la langue.

Siège anatomique. — Sous la muqueuse buccale, dans le tissu muqueux. Au-dessous d'elle, muscles mylo-hyoïdien, génio-glosse, hyoglosse, auxquels elle adhère, côtoyée par canal de Wharton libre et perméable (cathétérisme).

Forme. — Allongée, grand axe dirigé d'arrière en avant, grosse extrémité en avant, surface extérieure unie, régulière, quelquefois bosselée.

Volume. — Noisette à celui d'une noix, œuf de poule.

Couleur. — Blanc foncé sale, parfois bleuâtre, transparente lorsqu'elle est récente.

Consistance. — Molle, quelquefois résistance légère. Parois minces et vasculaires, puis deviennent fibreuses, cartilagineuses, quelquefois crétacées.

Examen microscopique des parois. — D'après Robin deux tuniques : 1° externe conjonctive avec lobules salivaires normaux ou dégénérés ; 2° tunique interne, épithélium cylindrique, à deux couches, d'après Cornil : *a)* couche profonde cubique ; *b)* couche superficielle cylindrique à cils vibratils.

Contenu. — Liquide filant, visqueux, incolore ou jaunâtre, adhérent à la paroi. Au microscope contient cellules épithéliales, hématies, leucocytes. N'a pas le caractère de la salive. Dans les grenouillettes anciennes devient plâtreux ou purulent, contient de petits calculs.

Symptômes.

Indolore. — Gêne la phonation et la déglutition si elle est volumineuse. Développement très lent. Se crève et se vide généralement lorsqu'elle a atteint un certain volume, se reproduit alors peu de temps après. Peut aussi proéminer à la région sus-hyoïdienne : G. sus-hyoïdienne. Quelquefois, deux poches : une sublinguale, l'autre sus hyoïdienne, communiquant entre elles et permettant de faire passer alternativement le liquide de l'une dans l'autre.

Pronostic.

Bénin. — Dans certains cas, il y a eu des accidents mortels : par suffocation, par chute du liquide dans les voies aériennes et asphyxie à la suite d'une rupture.

Diagnostic.

A. Avec une autre tumeur enkystée du plancher de la bouche.

A. Grenouillette par dilatation du canal de Wharton. — Le canal de Wharton est oblitéré. Tumeur siégeant sur un des côtés de la langue, oblongue, piriforme à pointe antéro-interne venant se terminer à la saillie conique de l'orifice. Peut être congénitale par imperforation du canal de Wharton.

B. Grenouillette aiguë. — Début brusque, apparition de la tumeur en quelques heures, volumineuse, occupant le plancher de la bouche, repoussant la langue en haut et en arrière, et déterminant des phénomènes d'asphyxie.

C. Grenouillette de la glande de Nühn-Blondin. — Face inférieure de la langue, au niveau de la pointe, bilatérale, petit volume, puis s'accroît et envahit la région sublinguale et ressemble à la grenouillette sublinguale. Recklinghausen a prétendu que cette dernière avait toujours pour origine la glande Nühn-Blondin.

D. Kystes hydatiques du plancher de la bouche. — Très rares. Parois épaisses, dures, résistantes ; les dents s'y impriment profondément et causent des dépressions ulcérées. Examen du liquide qui contient des échinocoques et des crochets.

E. Grenouillette sanguine de Dolbeau. — Tumeur congénitale, violacée, réductible et augmentant pendant les efforts.

B. Avec une tumeur solide.

Kystes dermoïdes et lipômes : Consistance généralement assez dure, pas de fluctuation comme dans les grenouillettes ; peuvent s'accroître rapidement, devenir gros comme une orange et gêner la phonation, la déglutition, la respiration, la mastication.

Traitement.

Extirpation totale ou incision de la partie saillante et cautérisation de la partie profonde au nitrate d'argent.

Le Directeur-Gérant : F. de Ranse.

Paris. — Imprimerie Schiller, 10, rue du Faubourg-Montmartre.

66e Année. 9e Série. Tome II — N° 20 — 18 Mai 1895

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : Dr F. de RANSE — *Rédacteur en chef :* Dr Pierre SEBILEAU

Secrétaire de la Rédaction : M. Em. EMERY

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 28, rue Vignon

CLINIQUE MÉDICALE

HOPITAL D'AUBERVILLIERS — M. LE Dr NETTER

Prophylaxie des maladies transmissibles. — Epidémiologie.

Je me propose d'étudier avec vous l'étiologie et la prophylaxie des maladies transmissibles, l'épidémiologie. Cette partie si importante de l'hygiène a un intérêt qu'il n'est point besoin de développer devant vous. Son domaine a pris, dans ces dernières années, des proportions que ne soupçonnaient guère les auteurs qui, au commencement de ce siècle et au siècle dernier, se préoccupaient de ce sujet.

La peste, le choléra, la fièvre jaune, la grippe, le typhus, les fièvres éruptives, constituaient à peu près exclusivement le bilan de ces maladies épidémiques, et l'on discutait encore, pour les quatre premières tout au moins, la question de savoir si elles étaient contagieuses. Combien cette liste est aujourd'hui allongée. Non seulement la diphtérie, la fièvre typhoïde, la dysenterie, l'érysipèle, les affections pyohémiques, mais encore la tuberculose, la pneumonie, ce type des anciennes phlegmasies sont des affections parasitaires et sont susceptibles d'être contagieuses, épidémiques.

Nous faisons plus et nous commençons à connaître assez complètement la façon dont se fait la contagion, les conditions qui la favorisent et celles qui la contrarient. Aussi quelle différence entre la prophylaxie active qui commence à entrer en vigueur et le mélange de barbarie et de fatalisme que l'on opposait jadis à l'invasion de ces fléaux.

Ce contraste si saisissant tient tout entier dans la conception présente de l'étiologie de ces maladies. Toutes sont dues à l'action d'êtres microscopiques vivants se développant dans le corps des malades. Les phénomènes morbides sont liés aux modifications qu'ils entraînent dans l'organisme. La transmission des maladies est la conséquence de l'introduction chez les sujets sains des microorganismes provenant de sujets malades. Nous ne connaissons pas les microbes de toutes les maladies épidémiques ou contagieuses. Nous ne savons encore rien de ceux des fièvres éruptives, de la syphilis, etc. Il nous reste encore beaucoup à apprendre sur nombre d'autres. Mais ces lacunes ne nous empêchent point de posséder, dès à présent, des idées infiniment plus précises au sujet de l'étiologie des maladies transmissibles.

Vous n'ignorez pas que les maladies qui nous occupent avaient été naguère classées en trois groupes principaux : les maladies contagieuses, les maladies miasmatiques, les maladies miasmatico-contagieuses.

Dans les maladies contagieuses la matière morbide est toujours fournie par le malade : telles les fièvres éruptives.

Dans les maladies miasmatiques la maladie est le fait d'agents morbides développés en dehors du corps humain. Le sujet affecté joue dans la maladie un rôle pour ainsi dire passif. Il témoigne de l'influence de ces causes morbigènes. Il n'est pas un foyer de propagation. La fièvre intermittente était le type des maladies de cette nature.

Enfin, dans les maladies miasmatico-contagieuses, le germe pouvait être à la fois véhiculé par les milieux extérieurs et par les sujets malades. La fièvre typhoïde, le typhus, le choléra étaient considérés comme appartenant à cette catégorie.

Sur la nature des agents qui produisaient chacune de ces catégories de maladie, on n'avait que des présomptions. On supposait que les contages étaient de nature organisée, vivante, puisqu'ils se multipliaient dans le corps des malades. Les miasmes étaient pour les uns également de nature vivante; pour d'autres, peut-être inorganique gazeuse.

Cette classification n'est plus guère de mise, aujourd'hui que nous possédons des données autrement précises sur la nature intime des agents pathogènes, que nous avons pour la plupart isolés, dont nous pouvons étudier les caractères et même contrôler les effets sur les animaux. Ces agents pathogènes ont pu être déterminés pour des mala-

dies miasmatiques, aussi bien que pour des maladies miasmatico-contagieuses ou contagieuses.

L'étude des agents parasitaires constitue une des parties essentielles de l'épidémiologie. Sans refuser une influence légitime aux autres facteurs étiologiques, il n'est pas douteux que ce qui importe avant tout, c'est le contage. Comment celui-ci quitte-t-il le corps des malades ; comment vit-il au dehors ; comment arrive-t-il auprès des personnes saines qui seront atteintes après réception ?

La bactériologie nous montre que les agents pathogènes présentent une résistance très variable ; que quelques-uns, comme la bactéridie charbonneuse, doivent cette résistance à l'existence de formes plus durables, les spores. Les agents de ces maladies sont donc particulièrement susceptibles de conserver leur vitalité longtemps après avoir quitté le corps humain. M. Pasteur nous a montré la persistance de spores virulentes dans les champs maudits où l'on avait enfoui, depuis plusieurs années, les cadavres d'animaux charbonneux. Nous savons encore que les crins et laines chargés de spores charbonneuses, transportés de l'Asie centrale ou de la Chine, peuvent être des causes de transmission. L'apparition successive de cas de tuberculose de plusieurs personnes, habitant tour à tour une chambre où avait habité un tuberculeux, trouve encore son explication dans une propriété analogue du bacille tuberculeux. On cite des exemples du même genre dans la diphtérie. Les particularités étiologiques sont en rapport avec ce que nous connaissons des agents pathogènes. D'autres germes contagieux, encore à trouver, sont sans doute dans le même cas. Je fais allusion à ceux de la variole et de la scarlatine.

L'habitat des germes chez les malades est variable. Dans certaines maladies on le trouve dans le sang et dans tous les organes, comme dans le charbon ; dans d'autres il est à peu près ou complètement cantonné à certains organes : le poumon dans la tuberculose, l'intestin dans le choléra, la gorge dans la diphtérie, la peau dans la lèpre, etc. Dans le typhus récurrent il ne paraît habiter que les vaisseaux. Suivant l'habitat de ces germes il leur est plus ou moins facile de devenir source de contagion.

Il suffira d'un simple contact pour mettre en rapport avec des personnes ou des objets le contage d'une lèpre ou de la variole. Les déjections du cholérique et celles d'un typhoïsant ou d'un dysentérique amèneront à l'extérieur des myriades de microorganismes susceptibles d'engendrer à leur tour la maladie. Ailleurs, ce rôle sera dévolu aux produits de l'expectoration ou de l'expuition. Des agents pathogènes présents exclusivement dans l'appareil cardiovasculaire semblent peu susceptibles de produire la contagion. Dans ces cas on peut invoquer l'influence des parasites. N'est-il pas permis de supposer que dans le typhus récurrent, maladie dont le germe existe seulement dans le sang, les puces, les punaises, etc., viennent puiser le germe de la maladie et font pour la spirille ce que les moustiques font pour l'embryon de la filaire, les mouches pour la bactéridie charbonneuse ?

Il est des affections générales dans lesquelles l'issue des microorganismes est plus difficile encore. Telle la méningite cérébro-spinale dont l'agent reste fréquemment cantonné dans la cavité cranio-rachidienne. Cela explique sans doute la contagiosité relativement rare de cette affection dont on s'accorde à reconnaître le caractère infectieux et épidémique.

De même que nous concevons sans peine le mode de mise en liberté du contage, nous n'avons pas grande difficulté à imaginer comment il arrive à envahir les sujets sains. La peau, l'appareil respiratoire, le tube digestif constituent les trois voies d'accès principales. Certains microbes peuvent prendre indifféremment chacune d'entre elles. Telle la bactéridie charbonneuse, avec laquelle nous pouvons expérimentalement réaliser chacun des types cutané, respiratoire, intestinal, que nous a fait connaître l'observation des malades. Tel encore le bacille tuberculeux, au sujet duquel nous sommes tout aussi avancés. D'autres agents pathogènes n'ont pas à leur disposition des moyens d'action aussi variés. Le vibrion cholérique ne pénètre sans doute chez l'homme que par le tube digestif, etc.

La bactériologie nous a familiarisés avec la question de la variabilité du pouvoir virulent des germes, variabilité dont les termes peuvent être si étendus. Nous connaissons un certain nombre de maladies dont les particularités étiologiques s'expliquent à merveille si on les rapproche des propriétés de leurs agents pathogènes. Telle la pneumonie, affection ordinairement sporadique et qui peut, suivant les cas, devenir contagieuse ou épidémique. Son germe, le pneumocoque, est un de ceux dont la virulence présente les variations les plus marquées. L'agent de la grippe est peut-être dans le même cas. Ces variations dans la virulence, dont les causes ne nous sont pas encore toutes connues, nous fournissent sans doute l'explication de ces influences saisonnières, de ces constitutions épidémiques, auxquelles les anciens médecins attachaient une importance que l'on a peut-être trop négligée de nos jours.

Notre connaissance des microbes pathogènes est encore parfaitement conciliable avec ce que nous savons du rôle de la prédisposition individuelle, originelle ou acquise, du rôle du refroidissement, de la fatigue, de l'inanition.

Signalons encore des notions incomparablement plus précises au sujet des conditions à demander aux agents des infections physiques et chimiques, dont nous pouvons étudier directement le mode d'action sur les divers microbes pathogènes.

Et évoquons pour terminer les espérances que l'on peut légitimement fonder sur ces vaccinations et immunisations dont l'histoire n'a pas plus de 14 ans et qui nous ont déjà donné les résultats que l'on sait.

Qui pourrait après ce résumé bien sommaire et incomplet contester la part que revendique la bactériologie dans l'étiologie et la prophylaxie des maladies contagieuses ?

Quand nous étudierons à ce point de vue spécialement chacune de ces maladies, vous verrez quelle importance ont ces données bactériologiques.

Je n'ai pas besoin de vous dire à qui nous devons en majeure partie cette merveilleuse évolution de nos connaissances. Personne ne saurait contester le rôle prépondérant de notre grand Pasteur.

Grâce à sa tenacité, à ses méthodes précises et rigoureuses, les médecins contemporains ont vu prendre un corps définitif à ces « contages animés », dont nos pères ont depuis longtemps de divers côtés soutenu l'existence, que quelques-uns avaient entrevus ou mieux pensé voir.

Dès l'apparition du microscope, divers médecins ont espéré, grâce à cet instrument, pouvoir observer les germes, causes de la plupart des maladies contagieuses, dont ils comparaient volontiers le mode de production à celui de la fermentation ou de la putréfaction.

Certains médecins disent avoir vu les animalcules de la peste (Kircher), de la rougeole et de la variole (Langius). Pour ce dernier, les pustules et les papules seraient le lieu de dépôt et de multiplication de ces infiniment petits. On sait les belles expériences de Redé sur la putréfaction; Celles par lesquelles Lancisi cherche à expliquer la production des fièvres paludéennes me paraissent dignes de vous être relatées :

« 1° Si, au milieu de l'été, on recueille dans deux fioles deux quantités égales d'eau, l'une des fioles restant ouverte exposée à l'air, l'autre hermétiquement bouchée, nous verrons bientôt la première sillonnée de vermicules qui, arrivant à la surface, se transformeront bien vite en petits cousins. La bouteille bouchée restera indéfiniment stérile. Donc les cousins en voltigeant dans l'air déposent leurs œufs dans des eaux stagnantes qui leur servent de nids;

2° L'eau de pluie, dans ces expériences, est plus abondamment et plus rapidement envahie que les autres. Il n'est donc pas étonnant que les œufs qui flottent dans l'air soient si aisément charriés par les pluies.

Les petits vers, très mobiles quand la fiole est ouverte, perdent vite leurs mouvements si on bouche celle-ci. L'air est donc nécessaire à leur existence.

L'expérience suivante montre que l'air charrie les œufs. En été ou en automne, on prend deux toiles de laine d'égale dimension, l'une exposée directement, l'autre enveloppée dans une toile cirée. Elles sont placées dans la direction du vent venant des marais. Le lendemain on les retire et on les place 8 jours dans une cour de la maison en les entourant d'une enveloppe. Au bout de ce temps, le microscope montre que la toile exposée librement est couverte de vers, d'œufs de papillons. La toile qui a été recouverte ne montre aucun développement analogue.

Cette expérience établit que les vents entraînent des particules animées émanant des marais. »

Ces observations de Lancisi sont des plus intéressantes, et, bien que nous connaissions, grâce à M. Laveran, l'agent pathogène de la maladie, nous ne sommes guère aujourd'hui plus avancés que lui au sujet du mécanisme de l'infection palustre.

Les espérances qu'avaient fait naître les premières applications du microscope ne se réalisèrent pas très rapidement, et les exagérations mêmes des premiers auteurs que je viens de citer contribuèrent, sans doute, à l'oubli qui suivit bientôt ces premières tentatives.

Plus d'un siècle dut s'écouler avant que de nouveaux observateurs tentèrent, à leur tour, d'approfondir la nature intime des contages. Les circonstances à ce moment semblaient plus favorables. L'Italien Bassi et notre compatriote Audoin avaient fait connaître la nature de la maladie contagieuse des vers à soie, la muscardine. Des recherches microscopiques autrement précises que celles de Kircher fixaient les caractères des champignons, du muguet, des teignes faveuse et tondante.

A cette même époque était définitivement fixée la relation entre la gale et le sarcopte, relation qui avait précédemment été bien des fois soutenue, pour être de nouveau oubliée. Je fais surtout allusion aux descriptions, quelques-unes mêmes accompagnées de planches, de Mouffet (1634); Hauptmann (1657); Bonomo (1683); Wichmann (1787).

Il n'est donc pas surprenant que divers auteurs, Heule, Haunover, Raspail, aient songé à généraliser de nouveau l'intervention des parasites dans l'étiologie des maladies.

On lit encore aujourd'hui avec le plus vif intérêt le récit des expériences de Heule, Stilling, Haunover sur les tritons, les grenouilles et les poissons. Dans ces expériences, ces auteurs transportent à des animaux sains des conserves ou des moisissures qui se sont développées à la surface d'animaux morts. Il montrent que pour cette transmission il n'est pas nécessaire de pratiquer d'inoculation; qu'il suffit que les germes de ces champignons flottent dans l'eau. Un animal bien portant, dont le corps ne présente aucune excoriation, résiste le plus souvent. Une lésion locale prédispose. L'ablation des parties envahies prévient les progrès du mal, si l'animal est soustrait aux causes d'infection, etc.

Heule prévoit le moment où l'on établira la nature parasitaire de toutes les affections miasmatiques et contagieuses.

Le livre de Heule date de 1847. Près de trente années devaient encore s'écouler avant que l'on approchât de la réalisation de ses espérances.

La cause en doit être attribuée pour une large part à la prépondérance de plus en plus grande des recherches anatomo-pathologiques — et, pour une certaine part, aux exagérations de Hallier. On sait que le botaniste allemand avait décrit les champignons de presque toutes les maladies. Mais il donnait à ces champignons une évolution toute particulière, les faisant dériver d'espèces vulgaires, banales, doctrine qui ne pouvait se concilier avec la notion médicale et bien française de la spécificité des principales maladies, dont il s'occupait.

J'ai tenu à vous indiquer sommairement ces deux périodes médicales, où avaient cours des idées qui se rapprochent assez de celles qui sont aujourd'hui admises d'une façon définitive. Vous avez vu qu'elles ont eu une durée éphémère. Cela tient à ce que si l'idée première était exacte, elle n'était pas étayée sur des observations et des expériences précises. Les matériaux, sur lesquels reposent nos convictions présentes, ont la solidité de l'airain et sauront défier les atteintes du temps. Vous savez avec quelle rigueur, quel luxe de preuves, quelle logique M. Pasteur a conduit ses recherches, et vous remarquerez que, comme au temps de Heule, l'étude d'une maladie des vers à soie a été le point de départ de son incursion *dans* la pathologie.

Je vous ai montré la part considérable de la bactériologie dans l'étude des maladies épidémiques. Je tiens à vous dire cependant que la bactériologie ne doit pas vous faire négliger les autres sources de renseignements auxquelles puise l'épidémiologie. Avant la bactériologie, nous avions déjà des notions extrêmement précises que nous ont fournies les médecins de tous les âges, ceux qui habitent les modestes bourgades, aussi habiles, sinon plus, que ceux qui ont la bonne fortune d'habiter les grands centres d'instruction.

On fait quelquefois honneur à la bactériologie de la découverte de faits dont la nature avait été élucidée avant

les premières applications de cette science. C'est ainsi que divers auteurs semblent préciser que c'est à la constatation du bacille typhique dans l'eau qu'est due la démonstration de l'origine hydrique de la fièvre typhoïde. Lorsque nous étudierons la fièvre typhoïde et le choléra vous verrez, que, dès 1849, un médecin anglais, Snow, établissait le rôle prépondérant de l'eau dans l'étiologie du choléra, et que, depuis cette date, Snow et bien d'autres auteurs ne cessaient d'apporter en faveur de cette doctrine des faits des plus démonstratifs. Vous verrez même que cette constatation du bacille typhique prête aujourd'hui à des hésitations. L'on reconnaît aujourd'hui que la différenciation du bacille typhique avec le bacterium coli est des plus délicates et que les caractères réputés jadis comme absolument spécifiques ne suffisent plus aujourd'hui. Quant à la théorie hydrique de la fièvre typhoïde, comme celle du choléra, elle subsiste surtout, grâce aux constatations épidémiologiques... Vous voyez combien l'on aurait tort de les négliger.

Quand nous étudierons le choléra, je vous montrerai que cette maladie est certainement due au bacille virgule isolé par Koch en 1883 et vous verrez combien les propriétés de ce bacille concordent sur bien des points avec les qualités que l'étude des épidémies antérieures nous avait fait reconnaître au contage cholérique. Mais vous verrez aussi que le bacille virgule ne constitue pas le seul élément dont il faille se préoccuper pour expliquer les particularités du choléra. Je vous montrerai que, comme pour le bacille d'Eberth, la bactériologie met en présence des difficultés d'autant plus grandes que nos connaissances progressent.

Chacun des caractères réputés jadis constants et spéciaux au vibrion cholérique peut manquer dans des vibrions cholériques ou se retrouver dans des espèces sans relation apparente avec le choléra.

Il nous serait aisé de multiplier ces exemples. Je n'ai pas voulu, en vous les indiquant, diminuer votre foi dans l'avenir de la bactériologie en épidémiologie. J'ai voulu seulement vous garer contre un exclusivisme trop rigoureux et vous prouver que l'on n'est pas actuellement et que l'on ne sera sans doute jamais autorisé à négliger les autres sources d'enseignement.

Dans le cours de mes leçons, je m'efforcerai de faire la part à chacune d'elles.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 15 mai. — Présidence de M. Monod.

De la cholédocotomie.

M. Tuffier. — A propos de la discussion sur l'indication et le mode opératoire de la cholédocotomie, je viens vous indiquer un procédé qui peut, dans certains cas, être de quelque utilité. Je ne veux pas dire que la cholédocotomie postérieure, dont j'ai l'intention de vous entretenir, doive remplacer la cholédocotomie antérieure; je la considère simplement comme une méthode qui peut se trouver indiquée dans certaines circonstances.

J'ai eu quatorze fois à intervenir sur les voies biliaires, mais trois fois seulement j'ai attaqué directement le cholédoque de parti pris. L'un de ces cas a été publié par M. Gilbert. Celui dont je veux parler ici a trait à une femme de 37 ans, qui présentait à la fosse lombaire droite une tumeur qu'il était difficile de rapporter exactement au foie ou au rein. J'ai pratiqué une incision lombaire, j'ai constaté alors de l'hydronéphrose avec abaissement du rein. Après avoir relevé celui-ci, je vis au fond de la plaie des corps durs comme des calculs. Ceux-ci siégeaient dans le cholédoque. Ne connaissant nullement la technique de la cholédocotomie postérieure, je refermai mon incision postérieure, et en fis une seconde par voie abdominale antérieure. C'est ainsi que par la méthode classique j'ai retiré 17 calculs du cholédoque pesant en tout 15 grammes.

Ce cas m'a donné l'idée que le cholédoque serait peut-être bien abordable par voie postérieure. A propos de la communication de M. Quénu, j'ai étudié cette opération à l'Ecole pratique, où je l'ai répétée cinq fois. Toutefois il faut bien savoir que les conditions ne sont pas les mêmes chez le vivant et chez le cadavre. Deux points doivent surtout être signalés : c'est la situation du rein souvent abaissé et qu'il faut alors remonter, chez le vivant. De plus chez le vivant, on est souvent gêné par la procidence de l'intestin qui vient au devant de l'opérateur, aussitôt après l'incision. Chez le cadavre, pareil fait ne se produit pas, l'intestin chez lui tombe à gauche.

La cholédocotomie postérieure est une opération tout à fait extrapéritonéale. La tête du pancréas, le duodénum, le cholédoque sont derrière le péritoine. C'est là un des avantages de cette pratique qui me paraît devoir être mise en lumière.

Le premier temps de cette méthode est l'incision ordinaire de la néphrectomie, parallèle à la douzième côte, à un travers de doigt sous elle. On relève ensuite le rein en haut, et alors deux moyens se présentent pour aborder le cholédoque: la dissection ou la recherche par accrochement avec le doigt. Ce dernier moyen me semble préférable, et, avec lui, on manque rarement le cholédoque. On le dénude alors, on l'isole et on l'incise.

Les avantages de cette méthode sont les suivants: on ne touche pas au péritoine; je sais bien que c'est là un fait qui, aujourd'hui, a peu d'importance. Néanmoins, quand on manœuvre trop longtemps dans l'intestin, on sait que l'opération devient assez grave. Le second avantage, que je tiens à mettre en relief, c'est l'exploration facile du canal; le troisième, c'est le drainage plus bénin par la région lombaire. Enfin, par ce procédé, l'on peut aussi attaquer les tumeurs du pancréas et la seconde portion du duodénum.

C'est là une opération que je ne veux pas ériger en règle générale, mais qui me paraît susceptible de rendre service dans certains cas spéciaux.

M. Poirier. — J'ai étudié, avec M. Tuffier, l'opération dont il vient de vous rendre compte, et ce matin je l'ai encore reprise quatre fois. L'extrémité inférieure du rein relevé, le duodénum confié à un aide, on voit nettement la tête du pancréas. Mais on voit aussi d'autres organes, sur lesquels je tiens à attirer votre attention. Ce sont d'abord des ganglions qui sont fort importants au point de vue opératoire; en dedans, chemine une artère pancréatico-duodénale, branche de la coronaire stomachique, et présentant un calibre de 2 millimètres; en dehors, apparaît une veine, affluent de la veine porte. Enfin, en arrière de tous ces organes, est un organe blanc qu'on reconnaît facilement pour le canal cholédoque.

En présence de ces différents éléments, rien de plus facile que d'agir par dénudation. M. Tuffier préfère saisir le cholédoque par accrochement; mais on risque alors de déchirer la vessie et l'artère. La dénudation est peut-être plus difficile sur le vivant; mais sur le cadavre, on ne rencontre guère d'obstacles.

D'ailleurs, je préfère la voie antérieure; et voici le procédé que je crois le plus simple, quand on opère par cette voie, procédé dont j'ai donné la technique dans un de mes livres. Je charge tout l'hiatus de Winslow sur le doigt. L'index de l'autre main arrive facilement à isoler le cholédoque. Celui s'explore ainsi aisément depuis son origine jusqu'à 1 centimètre au-dessus de sa terminai-

son. Encore cette portion terminale n'échappe-t-elle pas complètement à l'exploration; il suffit, en effet, de décoller le duodénum à son niveau pour y arriver sans difficulté.

J'ai employé cette méthode une fois à l'hôpital Lariboisière; les résultats qu'elle m'a donnés ont été excellents, puisque ma malade, après avoir eu de la fièvre et du délire, a cependant fort bien guéri, et qu'aujourd'hui elle est en parfaite santé.

M. Segond. — Je voudrais poser une question à propos de la cholédocotomie postérieure. Comme l'objectait mon maître M. Farabeuf, la veine cave inférieure ne court-elle aucun danger dans cette opération?

M. Tuffier. — La veine cave inférieure se trouve, en effet, près du champ opératoire; mais, pour la mettre à l'abri, il suffit de tirer le duodénum en dehors. J'ajoute, en outre, que la région où l'on opère est souvent profonde, c'est vrai; mais l'opération est cependant possible. D'ailleurs, par la voie antérieure, c'est un écueil que l'on peut aussi rencontrer.

M. Michaux. — La voie postérieure ne me paraît pas pratique sur le vivant, car bien souvent l'on ne connait pas le siège du calcul biliaire. On ignore même s'il est bien dans le cholédoque. La laparotomie est au contraire fort utile, car par elle se complète le diagnostic. En outre, le canal cystique et la vésicule biliaire sont peu abordables par cette voie postérieure. C'est une voie exceptionnelle, comme l'a dit M. Tuffier, une voie secondaire seulement.

Il est un autre point sur lequel je voudrais appeler l'attention.

Le cholédoque passant dans le pancréas, il est de toute nécessité de le diviser pour aborder ce canal. Je ne veux pas parler des vaisseaux compris dans cette section; mais l'on est exposé fatalement à couper quelques conduits pancréatiques. On fait ainsi couler du suc pancréatique. Ce dernier ne peut-il pas, par son écoulement et par sa présence, entraîner des désordres et des complications?

M. Routier. — On ne saurait assez dire combien diffère de l'anatomie normale l'anatomie des voies biliaires et de leur région dans les cas pathologiques. A l'ouverture de l'abdomen, il arrive parfois qu'on ne trouve pas même la vésicule. J'ai fait, un jour, une opération où, en fait de vésicule, j'ai simplement rencontré quelque chose de dur et d'informe. M. Terrier faisait la même remarque. Dans ces conditions, on conçoit que les opérations soient singulièrement plus compliquées qu'on pourrait être tenté de le croire. Les chirurgiens s'attendront à rencontrer des organes qui leur sont connus; ils tomberont sur du tissu cellulaire induré, et, loin de prévoir ce qu'ils verront, ils ne verront que ce qu'ils trouveront.

M. Schwartz. — J'ai demandé la parole pour renchérir encore sur les observations de M. Routier, concernant les dispositions anormales que les lésions impriment aux organes sur lesquels on est appelé à opérer.

Il y a quelques jours, j'ai précisément eu à opérer un cas dans le genre de ceux qui font l'objet de cette discussion. Avec M. Michaux, je suis en effet intervenu chez une femme cachectique, ayant eu de l'obstruction biliaire complète, avec accès de fièvre intermittente depuis ce temps; il n'y avait pas d'ictère, pas de décoloration des selles, mais simplement des urines acajou. J'ai pensé à de l'angiocholite, malgré l'absence de la totalité des symptômes.

Avec M. Michaux, nous avons pris le hile comme un paquet, et nous l'avons exploré; mais la vésicule biliaire a été difficile à enlever. De son côté, l'hiatus de Winslow a été impossible à trouver.

A propos de la cholédocotomie postérieure, un avantage que me semble présenter ce genre d'intervention se rapporte à l'écoulement de la bile. C'est précisément la malade dont je vous ai rapporté l'histoire qui me suggère cette idée. Elle est morte trois jours après son opération, et nous avons trouvé dans la fosse iliaque 500 grammes de bile. C'est une complication qu'aurait pu éviter la cholédocotomie postérieure.

M. Quénu. — L'opération par voie postérieure de M. Tuffier ne doit pas, à mon avis, être absolument rejetée. Sans doute je lui préfère la voie antérieure, mais je reconnais qu'il est tels cas où elle peut trouver son application. La grande objection à lui faire, c'est que nous ne savons pas en général de quoi il s'agit, au moment où nous allons opérer. Nous ignorons même où est le calcul, et s'il siège bien dans le cholédoque. Enfin, par la voie indiquée par M. Tuffier, il est impossible de rien savoir sur la vésicule biliaire et le canal cystique. M. Tuffier lui-même, dans le cas qu'il nous a cité en commençant, alors qu'il opérait par voie postérieure, n'a-t-il pas été chercher les calculs du cholédoque qu'il avait reconnus, en faisant une nouvelle incision par la voie antérieure?

Les règles qui président à l'exploration du cholédoque sont un des points sur lesquels j'ai le plus insisté dans ma communication (Voir *Gazette Médicale* des 4 et 11 mai). Et ce que je tiens surtout à faire remarquer, c'est que j'ai étendu mon exploration au delà des limites de l'hiatus de Winslow. On peut, en effet, contrairement à ce que dit M. Michaux, explorer presque tout le cholédoque.

Je ne suis pas non plus de l'avis de M. Michaux au point de vue de la profondeur du canal cholédoque. La portion rétro-duodénale est moins profonde que la portion située au niveau du hile. L'exploration de cette région rétro-duodénale, où le cholédoque peut fort bien être abordé, est d'autant plus importante que ce n'est parfois qu'au niveau du duodénum que se réunissent le canal cystique et le canal hépathique. J'ajouterai encore que dans les cas où le foie est très développé, la portion située au niveau de l'hiatus de Winslow est particulièrement profonde.

L'exploration du cholédoque permet donc de sentir les calculs sur toute son étendue; à travers le tissu pancréatique, on en a très facilement la sensation, qui est bien plus dure que celle des ganglions. Et, d'ailleurs, de même que l'exploration peut être faite sur toute la longueur du cholédoque, de même l'incision peut se faire sur tous les points de cette longueur.

Mais la recherche et l'incision sont toutes deux souvent difficiles. Tout travail inflammatoire autour des voies biliaires transforme en effet les rapports des organes voisins entre eux. Il colle le duodénum contre le foie, rapproche le côlon transverse du duodénum. Aussi y a-t-il des cas extrêmes où l'on ne peut pas explorer tout le cholédoque.

On comprend donc que la laparotomie exploratrice soit vraiment nécessaire, d'où l'avantage de l'incision antérienre.

Enfin, pour la question du mode opératoire, je ne crois pas qu'il faille être absolu. C'est pourquoi il ne faut pas, je crois, rejeter la cholédocotomie en deux temps, car l'on n'est pas sûr de la septicité de la bile. Il est donc bon de faire quelquefois des adhérences.

M. Tuffier. — Si j'ai fait la laparotomie par voie antérieure dans l'exemple que j'ai cité, c'est que j'opérais il y a deux ans, alors que je ne connaissais pas encore la voie postérieure. Aujourd'hui, dans un cas semblable, ma conduite serait toute différente.

M. Michaux m'a objecté qu'il y avait l'écoulement de liquide pancréatique, c'est-à-dire de liquide corrosif. Effectivement, mais ma méthode a précisément pour avantage de permettre son écoulement au dehors.

Enfin, je sais fort bien qu'il y a parfois des phénomènes inflammatoires autour des voies biliaires qui peuvent modifier notre façon d'agir.

M. Michaux. — M. Quénu dit que le calcul est plus facile à opérer dans la portion sous-duodénale. Je crois, au contraire, que la vraie portion accessible du cholédoque est la portion sus-duodénale, avant que ce canal ait pénétré dans le pancréas. C'est là que doit se porter le chirurgien.

La portion sous-duodénale est plus difficile à aborder et à explorer.

Je n'ai rien dit d'absolu sur l'opération en un ou deux temps; suivant les cas, les deux méthodes trouvent leurs indications.

M. Quénu. — Le point important à fixer, c'est que le siége des calculs n'est pas le seul élément à considérer. Il est encore d'autres considérations dont il faut tenir compte. Ainsi l'hiatus de Winslow n'est pas toujours abordable : ou bien il est complètement fermé, ou bien il est obstrué par des adhérences plus ou moins nombreuses. Dans certains cas aussi, il est possible d'opérer tout à fait à découvert ; c'est ce qui m'est arrivé un jour où j'opérais avec l'aide de M. Terrier, qui a accroché le cholédoque avec le doigt et l'a attiré au dehors. Je le répète donc, ce n'est pas seulement du siége du calcul qu'il faut tenir compte.

M. Kirmisson présente un malade opéré il y a dix ans par M. Cazin d'une tarsectomie postérieure, ayant porté sur l'astragale et sur le calcanéum, pour ostéite tuberculeuse. Les résultats fonctionnels sont très bons ; mais, au point de vue anatomique, seul le calcanéum s'est reproduit ; l'astragale n'est représenté que par un petit noyau, ce qui s'explique, étant donnée la mince épaisseur du périoste de ce dernier os.

M. Monod présente un malade auquel il a fait une greffe étendue du creux poplité. Quoiqu'on ait dit que ces greffes avaient tendance à disparaître, la reproduction de la peau est complète.

J. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 14 mai.

Tuberculose larvée des trois amygdales.

M. Cornil. — Je veux vous faire connaître les résultats donnés par l'examen histologique et l'expérimentation en ce qui concerne la tuberculose des végétations adénoïdes et des amygdales hypertrophiées.

L'histologie nous montrerait beaucoup moins de tuberculose que semblerait le dire M. Dieulafoy dans les végétations adénoïdes. Il faut dire que très souvent il y a des causes d'erreur difficiles à éviter dans l'expérimentation.

En effet, en même temps qu'on inocule un fragment d'amygdale, on inocule une partie de la surface d'une crypte capable par conséquent de contenir des microbes. Aussi M. Dieulafoy a-t-il dû inoculer des fragments septiques non tuberculeux contenus dans ces cryptes et ainsi s'explique qu'il ait vu se développer des granulations qui sont peut-être la pseudo-tuberculose. M. Dieulafoy, en effet, n'a fait aucun examen histologique ou bactériologique des tubercules résultant de ses expériences.

Je crois donc que les amygdales palatines hypertrophiées des enfants ne sont pas le résultat d'un processus tuberculeux. Tout au plus peuvent-elles être le siége de tubercules.

M. Dieulafoy. — Je ne me suis placé qu'au point de vue expérimental, mais ce qui prouve bien que l'expérimentation m'a fourni des résultats réels, c'est que beaucoup d'auteurs ont reconnu histologiquement la tuberculose des amygdales. Qu'il me suffise de citer les travaux de Schnickler et de Hauptmann. En Allemagne, en effet, la tuberculose des amygdales est un fait reconnu. Pour moi, j'ai simplement montré qu'au lieu d'être consécutive, elle peut être primitive et être la cause d'une tuberculose pulmonaire.

M. Cornil. — M. Dieulafoy ne répond pas à mes objections. Il ne faut pas conclure qu'une amygdale est tuberculeuse parce ce que le bacille de Koch existe à sa surface. Les examens histologiques et bactériologiques peuvent seuls montrer que l'amygdale est vraiment le siége de la tuberculose.

J'admets, bien évidemment, la tuberculose amygdalienne, mais je n'admets pas que l'hypertrophie amygdalienne des enfants soit tuberculeuse.

De plus, la tuberculose des ganglions cervicaux n'est pas fatalement consécutive à une lésion amygdalienne.

M. Dieulafoy. — Si je n'ai pas fait l'examen histologique des lésions constatées à l'autopsie des animaux que j'avais inoculés, c'est qu'il m'a semblé que ces lésions étaient assez caractéristiques pour que je n'aie pas à le faire.

Je reste, malgré tout, convaincu que dans bien des cas d'hypertrophie amygdalienne, c'est la tuberculose qui doit être incriminée.

M. Grancher. — Les expériences de M. Dieulafoy me paraissent évidemment concluantes. Il a signalé, en effet, la fréquence du bacille tuberculeux au niveau de l'amygdale, bien que n'ayant pas prouvé la nature tuberculeuse de l'hypertrophie amygdalienne.

On sait, en effet, que le bacille de Koch peut se voir sur l'intestin, le traverser même, sans qu'il y ait pour cela tuberculose intestinale. La même chose peut se passer au niveau de l'amygdale et, pour résoudre la question, il faudrait connaître l'histoire ultérieure des enfants dont les amygdales ont servi aux expériences de M. Dieulafoy.

Paralysie générale juvénile, d'origine hérédo-syphilitique.

M. Fournier lit sur ce sujet un travail de M. Régis (de Bordeaux).

Ce travail a trait à deux enfants syphilitiques héréditaires, présentant le syndrôme de la paralysie générale.

Y a-t-il des rapports entre l'hérédo-syphilis et la paralysie générale juvénile ?

Je crois que, de même que la paralysie générale de l'adulte relève très souvent d'une syphilis acquise, de même la paralysie générale juvénile est bien souvent le résultat d'une syphilis héréditaire ou acquise dans le bas âge. La statistique, en effet, semble bien prouver le fait.

D'autre part, chez l'enfant, l'alcoolisme, le surmenage, les commotions morales, ne peuvent pas être considérés comme facteurs étiologiques, si bien que ceux-ci ne sont plus qu'au nombre de trois :

Hérédité névropathique, traumatisme et syphilis.

Dans les deux cas de M. Régis, le traumatisme ne pouvait être indiqué. D'autre part, l'hérédité névropathique n'est jamais qu'une cause prédisposante. Donc, c'est bien la syphilis héréditaire qui seule est la cause de cette paralysie générale juvénile.

Du suc gastrique provenant de l'estomac isolé.

M. Frémont (de Vichy). — J'ai isolé l'estomac chez des chiens et j'ai coupé toutes ses communications avec l'œsophage et l'intestin, ce qui n'empêche pas les animaux de se porter encore très bien.

L'estomac isolé continue à sécréter un suc gastrique acide et actif allant jusqu'à 800 centimètres cubes.

Sous l'influence de la fatigue, d'une mauvaise alimentation et de la fièvre, ce suc gastrique devient rose en même temps qu'il perd son acidité.

Injecte-t-on du bicarbonate de soude, la sécrétion du suc gastrique augmente. Le sous-nitrate de bismuth la diminue au contraire. C'est donc lui qui convient aux estomacs excités ou atteints d'ulcères. Le lait, enfin, est l'aliment qui excite le moins l'estomac, car il diminue la sécrétion aqueuse chlorée et acide de l'organe.

Enfin, l'estomac isolé absorbe les sels et digère les aliments albuminoïdes, mais ne modifie pas les féculents.

M. Le Roy de Méricourt lit un rapport sur un mémoire de M. le docteur Breuning ayant pour titre : *Les empoisonnements par les serpents.*

J. P.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 10 mai.

Cancer de l'estomac à marche lente chez un sujet jeune.

M. Mathieu rapporte un cas de cancer de l'estomac d'un haut intérêt au point de vue médical et chirurgical. Il s'agissait d'un jeune homme de 25 ans qui présentait, au moment où M. Mathieu

le vit, depuis trois ans, des signes de dyspepsie grave. Il était sous-lieutenant d'infanterie, très robuste. Les premiers accidents observés rappelaient l'hyperchlorhydrie, douleurs vives commençant deux ou trois heures après le repas, atteignant plus ou moins vite leur maximum, et ne cédant guère que cinq heures après le repas; ces douleurs existaient aussi bien après le déjeuner qu'après le dîner; mais, dans ce dernier cas, elles étaient nocturnes. Quelquefois, ces douleurs se terminaient par des vomissements.

M. Bouveret (de Lyon) le met au traitement de l'hyperchlorhydrie : régime et alcalins à hautes doses, mais sans aucune amélioration Voyaient cela, il fit l'examen chimique du suc gastrique obtenu après le repas d'épreuve d'Ewald. L'anachlorhydrie était absolue ; il n'y avait pas d'HCl libre ; le chlore combiné était en quantité très faible ; le chlore total n'était pas non plus en quantité élevée. Ce n'était donc pas de l'hyperchlorhydrie tardive de M. Hayem ; il ne s'agissait pas non plus d'une hyperchlorhydrie transformée en hypochlorhydrie.

Deux ans et demi avant sa mort, le malade était déjà hypochlorhydrique et les manifestations que présentait ce jeune homme à 22 ans étaient l'indice du cancer vérifié plus tard. Le cancer de l'estomac chez les sujets jeunes est une chose rare. M. Mathieu (de Lyon) en a réuni, dans sa thèse, 25 à 30 cas. En outre, il est remarquable de voir que des phénomènes rappelant l'hyperchlorhydrie coïncidaient avec une hypochlorhydrie marquée.

Malgré les divers traitements, la dyspepsie alla en s'accentuant, accompagnée de dégoût prononcé pour les aliments et d'amaigrissement considérable. Les douleurs étaient également de plus en plus marquées. Un an et demi après les débuts des accidents, M. Mathieu observa ce malade à la Maison de santé. Il était très amaigri, sans teinte jaune paille ; les douleurs, très vives, n'étaient calmées que par des piqûres de morphine. On percevait nettement une tumeur au creux épigastrique, que M. Bouveret avait vue, d'ailleurs ; le diagnostic de cancer s'imposait. Les douleurs, dont la violence était extrême, l'âge du malade, la longue durée des accidents engagèrent M. Mathieu à proposer une laparotomie exploratrice. On pouvait se demander s'il ne s'agissait pas d'un ulcère avec des adhérences épaisses de voisinage simulant la tumeur ; ou bien, même dans l'hypothèse d'un cancer, si ce dernier ne pourrait être enlevé. M. Quénu fit la laparotomie et l'incision permit de voir un cancer de l'estomac, siégeant au niveau de la petite courbure, un peu en dehors du pylore.

En outre, le péritoine présentait de petites granulations cancéreuses disséminées à sa surface et contenait un litre de liquide, qui avait passé inaperçu à l'examen de l'abdomen. On se contenta de cette incision exploratrice, on la referma et le malade guérit fort bien. Fait curieux : il fut complètement débarrassé des douleurs violentes qu'il éprouvait jusqu'à sa mort survenue deux mois après; il recommençait à manger et se croyait sauvé. Il succomba à une diarrhée cachectique.

Cette observation présente trois points saillants :

L'évolution lente, qui est contraire aux conclusions de M. Mathieu (de Lyon) ; pour lui, l'évolution du cancer chez les individus jeunes est toujours rapide.

D'autre part, les signes fonctionnels simulaient à s'y méprendre l'hyperchlorhydrie et auraient pu légitimer une erreur prolongée de diagnostic.

En troisième lieu, la laparotomie a soulagé la malade. Le côté topoalgique, psychique, peut donc avoir une importance très grande même chez les cancéreux.

M. Catrin a publié une observation analogue concernant un homme de vingt-cinq ans, traité depuis deux ans dans les hôpitaux et mort dans le service de M. Debove, où on constata à l'autopsie un cancer de l'estomac.

M. Ferrand soigne actuellement une jeune fille atteinte probablement de cancer du foie. Elle a été prise il y a deux ans de gonflement du foie, et l'on crut d'abord à un kyste du foie. Les phénomènes cachectiques sont venus plus tard. Plusieurs ponctions ont été faites par MM. Landouzy et Berger, enfin par M. Segond. On a ramené du suc cancéreux, examiné au microscope.

Cette jeune fille a vingt-deux ans et les accidents durent depuis deux ans et demi. C'est un exemple remarquable d'évolution lente d'un cancer chez un sujet jeune, et dans un cas de cancer du foie, dont la marche est généralement rapide.

Les hyperchlorhydries latentes.

M. Hayem se félicite qu'on ait dû employer les procédés chimiques pour faire le diagnostic de cancer de l'estomac et que cet examen ait été fait par un Lyonnais, alors qu'au dernier Congrès de Lyon on avait dit que l'examen chimique n'avait pas une très grande importance au point de vue du diagnostic des affections de l'estomac.

A propos des phénomènes douloureux, symptômes habituels de l'hyperchlorhydrie, M. Hayem rappelle que beaucoup de malades hyperchlorhydriques n'en ont pas et qu'on les observe chez des malades qui ne sont pas hyperchlorhydriques. M. Hayem a continué ses recherches sur *les états gastriques latents*. On les observe non seulement dans l'apepsie et l'hypopepsie, mais même chez les hyperchlorhydriques. En voici quelques exemples :

Un malade atteint d'hémoglobinurie paroxystique à frigore se présentait sans aucun antécédent infectieux (ni syphilis, ni paludisme) ; l'origine de cette hémoglobinurie était donc fort obscure. Les modifications du sang caractéristiques de l'hémoglobinurie existaient très nettes ; il ne s'agit pas du sérum laqué, qui, d'ailleurs, n'existe pas toujours, mais des modifications du caillot. Le sang se coagule comme d'habitude en 10 à 15 minutes, puis le caillot se rétracte et donne du sérum ; et au bout de quelque temps se produit la modification caractéristique de l'hémoglobinurie, *la redissolution du caillot*. On sait que ce fait ne s'observe normalement que chez les animaux à sang froid, chez la grenouille, et que la fibrine humaine ne se redissout pas normalement. Ainsi, le sang des hémoglobinuriques redevient liquide.

Ne trouvant pas à cette hémoglobinurie de cause infectieuse, M. Hayem a recherché les auto-intoxications et procédé à l'examen du chimisme stomacal. Le malade était un vigoureux forgeron qui buvait tous les jours 3 à 4 litres de vin, deux ou trois absinthes et des apéritifs ; malgré cela, il n'avait jamais souffert de ses digestions. Il avait cependant une gastrite hyperpeptique avec hyperchlorhydrie restée absolument latente, causée par la boisson. C'est un type de gastrite hyperchlorhydrique sans aucune manifestation dyspeptique ; de lésions de gastrite alcoolique sans phénomènes douloureux.

Dans un second fait, M. Hayem fut consulté par un hypochondriaque nosomane dont le frère était dans une maison de santé, et dont la famille portait une tare nerveuse grave ; il se plaignait d'entendre battre son cœur, sensation subjective et fausse, puisqu'il n'arriva pas à donner le chiffre exact de ses pulsations. Ce malade, qui s'observait beaucoup, n'avait jamais eu le moindre phénomène douloureux du côté de l'estomac. L'examen chimique montra chez lui la plus forte hyperacidité que M. Hayem ait rencontrée.

L'acidité totale A approchait de 400. Chiffre normal, 189.

Le chlore total T était de 500. Chiffre normal, 321.

L'HCl libre H était de 318. Chiffre normal, 44.

Cette hyperchlorhydrie formidable n'avait déterminé aucune douleur d'estomac.

D'autre part, on peut observer quelquefois chez les hyperchlorhydriques et chez les apeptiques des douleurs stomacales formidables. Les crises les plus violentes que M. Hayem ait observées l'ont été chez un apeptique qui n'a jamais eu d'HCl libre.

Les causes de la douleur dans les affections gastriques ne sont donc pas évidentes. Pour M. Hayem, la douleur est une gastronévrose ajoutée à des états organopathiques. Cette gastro-névrose est suscitée le plus souvent par l'usage habituel d'aliments irri-

tants, épicés. La raison, pour laquelle beaucoup d'hyperchlorhydriques ne souffrent pas, est qu'ils évacuent rapidement leur contenu stomacal.

Mais, de toutes les causes de douleurs stomacales, la plus fréquente est la *gastrite médicamenteuse.*

Les médicaments entretiennent le mal et amènent la gastronévrose locale et générale (la neurasthénie).

Le nombre des gastropathies latentes est très considérable. L'examen du chimisme stomacal, chez les sujets sains en apparence, a montré le grand nombre d'hyperpeptiques et d'hyperchlorhydriques latents.

M. Mathieu confirme les observations de M. Hayem. Il a vu des hyperchlorhydriques ne souffrant pas de l'estomac, ou ayant des troubles gastriques sans aucune douleur (un hyperchlorhydrique n'avait pas d'autres troubles gastriques que des vomissements). Cependant, dans la moitié ou les deux tiers des cas, on peut diagnostiquer l'hyperchlorhydrie d'après la façon dont souffrent les malades ; le diagnostic sera corroboré par le traitement lacté et les alcalins à haute dose. Mais, comme l'a fait remarquer M. Linossier (de Lyon), ce diagnostic extérieur n'est pas toujours suffisant, et il n'est pas aussi facile que certains médecins le croient de faire le diagnostic de l'affection stomacale par le succès ou l'insuccès du traitement (acide chlorhydrique ou, au contraire, alcalins à haute dose). D'ailleurs, les alcalins calment des malades qui ne sont pas hyperchlorhydriques. Tous ces faits, et ceux de M. Hayem, plaident plus que jamais en faveur de l'importance du chimisme stomacal.

Pour M. Mathieu, la susceptibilité locale de l'estomac ou générale (neurasthénie) a une grande influence sur la production des phénomènes douloureux. M. Mathieu a, depuis longtemps, insisté sur la grande importance des phénomènes nerveux dans les dyspepsies. Les hyperchlorhydriques sont des gens prédisposés.

M. Hayem. — Il faut tenir un grand compte, dans la production des phénomènes douloureux, du temps de la digestion stomacale. Les gens qui souffrent évacuent lentement ; ce sont plutôt des dilatés. C'est surtout le temps de séjour du liquide acide dans l'estomac qui engendre la douleur.

De même, les individus, ayant une acidité organique, suite de fermentations, qui vident mal leur estomac, souffriront du fait de la prolongation du séjour des aliments dans l'estomac. Le lavage de l'estomac, qui donne de si bons résultats pour les douleurs du cancer de l'estomac, agit en supprimant la masse des acides de fermentation,

L'évacuation lente du contenu stomacal reconnaît des causes diverses : la sténose pylorique incomplète si fréquente, l'atonie des parois, le déplacement de l'estomac, la compression au niveau du duodénum.

M. Hayem rappelle qu'il n'emploie plus que très rarement le bicarbonate de soude ; il préfère les lavages de l'estomac.

M. Le Gendre insiste sur la fréquence de la gastrite médicamenteuse, en particulier chez les enfants. Il est nécessaire de mettre en garde les médecins contre l'abus de médicaments qu'on fait si volontiers en thérapeutique infantile. M. Le Gendre a vu un enfant de cinq semaines qui tenait certainement le record à ce point de vue. Cet enfant, trop gavé de lait, avait eu des vomissements. Un premier médecin lui donna de la belladone ; puis un second de la codéine, qui amena un état semi-comateux ; un troisième confrère ajouta un élixir composé à base de cocaïne avec de l'alcool ; au coma, se joignirent alors des convulsions. M. Le Gendre appelé fit des lavages de l'estomac et put arrêter ainsi rapidement les accidents épileptiformes ; m is le retour à la santé demanda deux mois de soins extraordinaires ; on fut obligé d'employer l'alimentation à la sonde, ne donnant pas plus de deux cuillerées de lait à la fois. Aucune autre thérapeutique ne fut employée : évacuation et lavages de l'estomac, doses très faibles de lait coupé.

M. Hayem accumule depuis cinq ans des matériaux pour la description de la gastrite médicamenteuse qui forme plus de 95 pour 100 des gastrites. Elle ne produit pas seulement l'hyperesthésie des nerfs stomacaux, mais la gastro-névrose centrale (la neurasthénie).

Bien des crises gastriques observées au cours d'autres maladies (tabes, phtisie pulmonaire), sont d'origine médicamenteuse. De même, chez les apeptiques, l'abus des médications, le changement sans raison de médicaments, provoquent souvent des crises douloureuses.

Un ataxique, qui présentait des crises gastriques fréquentes dans un service de l'hôpital Saint-Antoine, fut adressé à M. Hayem. Il resta trois mois dans son service sans avoir aucune crise. M. Hayem avait supprimé toute médication, tandis qu'auparavant le malade prenait divers médicaments, en particulier du bromure de potassium. L'irritation produite par les médicaments employés jouait certainement un rôle.

Traitement des péritonites tuberculeuses par le naphtol camphré.

M. Netter a eu l'occasion d'employer ce traitement à l'hôpital Trousseau dans trois circonstances. Dans un des cas le malade est mort de tuberculose du rocher et avait des lésions pulmonaires avancées ; le second cas a guéri : c'était une péritonite cloisonnée, de nature tuberculeuse (l'injection au cobaye a été positive) ; mais on a fait en même temps des injections de gaïacol et on n'a injecté qu'une dose très faible de naphtol camphré (1 gramme) ; la guérison ne peut guère être rapportée au naphtol camphré. Dans ces deux cas il n'y eut aucun accident à la suite des injections.

Le troisième malade, âgé de 7 ans, était dans le service depuis le mois d'octobre. M. Moizard avait fait le diagnostic de péritonite tuberculeuse et avait décidé l'opération. M. Netter eut plus d'hésitation sur le diagnostic ; les signes des sommets étaient assez fugaces ; d'autre part, le foie était gros, avec une légère teinte subictérique. Malgré cela, les urines ne contenaient ni excès d'urée ni urobiline. M. Netter pensait que cet enfant avait le foie malade, et ses doutes le firent longtemps hésiter devant toute intervention. Cependant M. Jalaguier, consulté à deux reprises, conclut en faveur de la péritonite tuberculeuse, et bien que M. Netter eût peut-être préféré la laparotomie, il conseilla les injections de naphtol camphré, l'ascite étant libre dans le péritoine.

Une ponction exploratrice donna quinze grammes d'un liquide louche dont une partie fut inoculée à deux cobayes. Le reste fut centrifugé et M. Netter fit l'examen bactériologique du caillot; il fit cinq lamelles qu'il traita par la méthode de Ziehl ; sur l'une d'elles, il vit un bâtonnet ayant les caractères d'un bacille tuberculeux. Trois jours après on retira de l'abdomen du petit malade 3,500 gr. d'un liquide inflammatoire d'aspect louche ; et on injecta 5 grammes de naphtol camphré. Une heure et demie après la ponction, survint une agitation extrême, et une attaque semblable à une attaque d'éclampsie avec écume aux lèvres, etc. Aux convulsions succédèrent des vomissements. Un quart d'heure après survint une nouvelle crise semblable à la première, et terminée par des vomissements. Les crises analogues se succédèrent et, malgré tous les traitements employés, le malade mourut dans la nuit. L'autopsie montra l'erreur du diagnostic : il n'existait pas de péritonite tuberculeuse, mais une cirrhose avec une notable augmentation du foie, le cœur était légèrement sclérosé, il existait quelques ganglions caséeux. Quant aux accidents résultant de l'inoculation, ils consistaient en une péritonite généralisée avec exsudats fibrineux à la surface des anses intestinales ; il y avait des phénomènes d'irritation violente du péritoine. Ce fait démontre tout au moins que le péritoine sain ne se comporte pas vis-à-vis du naphtol camphré comme le péritoine tuberculeux. A l'avenir, M. Netter s'abstiendra des injections de naphtol camphré. Il préférera l'intervention chirurgicale.

M. Rendu. — Les conditions ne sont pas les mêmes ; dans toute cirrhose il y a de la péritonite chronique. On ne peut con-

clure des accidents arrivés au cours d'une cirrhose à la péritonite tuberculeuse elle-même.

M. Netter rappelle les expériences de M. Le Gendre sur les injections de naphtol camphré dans le péritoine des animaux, et les réserves de M. Fernet sur les effets irritants du naphtol camphré.

M. Le Gendre. — Les animaux auxquels on injecte du naphtol camphré meurent d'une façon identique à ce malade avec des convulsions et de l'opisthotonos. L'injection, dans le cas présent, a été de 5 grammes de naphtol camphré, ce qui correspond à 3 grammes de camphre, dose suffisante pour produire des phénomènes graves.

M. Catrin insiste sur la différence de l'injection de naphtol camphré dans un péritoine sain et dans l'abdomen d'un tuberculeux. M. Rendu a toujours, en outre, le soin de laisser un peu de liquide dans l'abdomen, ce qui peut diminuer les effets irritants du naphtol camphré. La dose était d'ailleurs peut-être un peu élevée chez un enfant; chez l'adulte, M. Rendu n'a pas dépassé 7, 8 et 10 grammes. H. Méry.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 4 mai.

De la tuberculose des voies biliaires.

M. Sergent. — On manque de données précises sur la pathogénie de la tuberculose des voies biliaires. Deux hypothèses peuvent se soutenir : la tuberculose des voies biliaires se fait de dehors en dedans, ou bien elle se fait de dedans en dehors. Les auteurs qui se rallient à la première manière de voir font du tubercule péribiliaire l'analogue du nodule péribronchique; ceux qui, au contraire, adoptent la seconde hypothèse voient dans la tuberculose des voies biliaires une angiocholite tuberculeuse, une infection biliaire ascendante tuberculeuse. La première hypothèse suffit quand les tubercules péribiliaires sont rares dans l'épaisseur du foie, mais elle n'explique pas ces lésions hépatiques où le foie est criblé de cavernes ou de tubercules péribiliaires, à moins qu'on ne suppose une lésion inflammatoire aiguë ou chronique des voies biliaires, qui serait un point d'appel pour la bacille de Koch amené par la circulation.

J'ai entrepris différentes expériences à ce propos, en usant de trois procédés : la tuberculisation des animaux sans traumatisme des voies biliaires; l'injection de semence tuberculeuse dans les voies biliaires avec ou sans ligature du cholédoque; enfin, la tuberculisation des animaux et le traumatisme des voies biliaires par ligature aseptique ou septique du cholédoque.

De tous les animaux qui ont servi à mes expériences : chien, lapin, cobaye, le premier me semble préférable, à cause de la réaction parfaite qu'il offre à la tuberculose humaine et à cause de la facilité avec laquelle s'explorent ses voies biliaires.

De plus, j'ai également fait porter mes expériences sur l'influence qu'exercerait la bile sur le bacille de Koch dans ses caractères de coloration, de culture et de virulence.

Voici les conclusions qui me paraissent ressortir de ces expériences :

1° L'anatomie pathologique de la tuberculose des voies biliaires est telle que Sabourin l'a décrite, contrairement à l'opinion émise l'an dernier par Kotlar.

2° Le bacille de Koch ne semble pas subir de modifications dans ses caractères habituels par un séjour prolongé dans la bile.

3° Les tubercules péribiliaires, disséminés et rares, se développent de dehors en dedans. Ce sont des nodules péribiliaires qui englobent peu à peu le conduit biliaire, l'ulcèrent et se vident dans sa cavité, comme le montre l'examen microscopique du foie des animaux tuberculisés par la voie veineuse sans traumatisme des voies biliaires.

4° La tuberculose proprement dite des voies biliaires peut être reproduite expérimentalement par injection dans le cholédoque de la semence tuberculeuse. L'angiocholite tuberculeuse à type d'infection biliaire ascendante peut donc être reproduite expérimentalement.

Le sérum antistreptococcique dans la septicémie puerpérale.

MM. Josué et **Hermary.** — Nous avons injecté à une parturiente ayant des phénomènes d'infection, cinq jours après l'accouchement, cinquante centimètres cubes de sérum antistreptococcique de Roger et Charrin, en une journée et en deux fois. Le lendemain, nous avons injecté, en deux fois encore, trente-cinq centimètres cubes de ce même sérum. L'état général s'est de suite amélioré ; les phénomènes locaux n'ont cédé que moins vite. Onze jours après la dernière injection, la malade a commencé à se lever et aujourd'hui elle est définitivement guérie.

Des microbes du chyle.

M. Kaufmann, au nom de MM. Porcher et Desoubry, lit une note où ces auteurs montrent que le chyle du chien, en état de digestion, est très riche en microbes. Il y en a moins dans le cœur, particulièrement dans le cœur gauche, d'où l'on peut conclure que le poumon en retient une certaine partie. Dans la jugulaire, il y en a moins que dans la carotide, ce qui indique qu'il y a un arrêt des microbes sur le trajet de la grande circulation.

Douve angusta chez l'homme.

M. Raillet cite l'observation d'un malade que l'on considérait comme tuberculeux et qui expulsa, au cours d'une hémoptysie, une douve que l'on peut considérer comme une variété angusta de la douve commune. La guérison a été totalement obtenue.

Des injections d'huile phosphorée et d'arséniate de soude.

M. Dumontpallier communique une note de M. Nepveu (de Marseille), où ce dernier dit avoir administré à une malade atteinte d'un cancer du sein inopérable des injections d'huile phosphorée et d'arséniate de soude; celles-ci semblent avoir retardé l'évolution de la tumeur et éloigné la mort de la malade.

MM. Langlois et **Abelous**, à propos des dernières communications de M. Boinet, rappellent que les rats blancs ont très souvent des capsules surrénales accessoires.

Séance du 11 mai.

Des microbes aérobies et anaérobies associés.

M. J. Monod. — Une femme du service de M. Charrin, atteinte d'éclampsie puerpérale, présenta, peu de jours après, des accidents infectieux. Comme nous n'avions pas encore de sérum antistreptococcique, elle était morte au bout de trois semaines.

Nous avons recueilli des fragments de tissu hépatique dans lesquels nous avons rencontré trois sortes de microbes : le streptocoque, le bacille du côlon et le vibrion septique, c'est-à-dire des agents aérobies et anaérobies. Nous les avons retrouvés à l'autopsie. De plus, le foie présentait des îlots de nécrose avec abcès putrides. Il était, par conséquent, atteint d'une infection reconnaissant une triple origine.

Ces faits prouvent d'abord que, dans la puerpéralité, malgré l'antisepsie la plus minutieuse, l'infection peut se produire, car ces trois germes n'ont certainement pas tous trois été inoculés par l'accoucheur.

Ce qu'il faut encore noter, c'est la prédominance des lésions hépatiques et, à ce propos, rappelons que l'éclampsie détermine des détériorations du foie. Ainsi l'infection a été appelée par la dépréciation générale et locale du terrain. Ajoutons, enfin, que M. Charrin a rencontré aussi le vibrion septique dans un cas d'anémie pernicieuse. Le manque d'oxygène avait sans doute permis le développement de ce parasite.

Lésions nerveuses chez la grenouille chauffée après injection de toxine diphtérique.

MM. Courmont, Doyon et **Paviot** (de Lyon), s'inspirant de leurs recherches antérieures sur le tétanos, ont réussi à produire chez la grenouille des paralysies et des atrophies musculaires en maintenant cet animal, après l'injection, dans une chambre-étuve à 38° C. Les premiers symptômes commencent à se manifester au bout d'un à deux mois. Finalement, la grenouille devient complètement paralysée. La toxine diphtérique n'agit pas si la grenouille est laissée à la température du laboratoire.

Le microscope montre chez les grenouilles ainsi paralysées des névrites parenchymateuses intenses, surtout au niveau des racines, mais sans lésion de la moelle.

Le sérum antistreptococcique dans la septicémie puerpérale.

M. Jacquot (de Creil) présente l'observation d'une malade atteinte de septicémie puerpérale, chez laquelle une première injection de 30 centimètres cubes du sérum de MM. Charrin et Roger a fait descendre, le jour de l'injection, la température de 40°8 à 37°.

La malade sembla guérie définitivement après trois injections de sérum, mais la fièvre reparut bientôt et ce retour paraissait dû à une contamination de la nouvelle accouchée par l'intermédiaire de sa mère, qui avait contracté un érysipèle de la face. Dès lors, une nouvelle injection fut faite, qui ramena la température de la malade au chiffre normal et fut suivie d'une convalescence définitive.

M. Bonnier communique une note sur les rapports qui existent entre l'appareil ampullaire de l'oreille et les centres oculo-moteurs et dans laquelle il démontre qu'il y a une réelle importance à faire la part de l'insuffisance labyrinthique dans les troubles oculo-moteurs symptomatiques.

M. Dastre dépose, au nom de M. Lefèvre (du Havre), une nouvelle note relative aux modifications de thermogenèse, chez les animaux soumis à l'action de différents mélanges réfrigérants.

M. Gley communique un travail de M. Guinard (de Lyon), établissant que l'action excito-sécrétoire de la morphine sur les glandes salivaires a son point de départ dans le système nerveux central.

M. Soulié (de Toulouse) envoie une note sur le mécanisme et la migration des testicules.

J. P.

ACTES DE LA FACULTÉ

DU 20 AU 25 MAI 1895

EXAMENS

Lundi 20 mai. — 3e Oral (1re partie, 1re série) : MM. Delbet, Ricard, Varnier. — 3e Oral (1re partie, 2e série) : MM. Marchand, Lejars, Sebileau. — 3e (2e partie) : MM. Straus, Brissaud, Chauffard. — 5e Chirurgie (1re partie), Hôtel-Dieu : MM. Segond, Jalaguier, Tuffier. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu : MM. Potain, Landouzy, Déjerine. — 2e Oral (1re partie) : MM. Kirmisson, Retterer, Gaucher.

Mardi 21 mai. — 2e Oral (1re partie) : MM. Remy, Quénu, Albarran. — 2e Oral (1re partie, 2e série) : MM. Polaillon, Richelot, Marie. — 3e Oral (1re partie, 1re série) : MM. Budin, Campenon, Poirier. — 3e Oral (1re partie, 2e série) : MM. Panas, Brun, Bar. — 3e (2e partie, 1re série) : MM. Raymond, Charrin, Roger. — 3e (2e partie, 2e série) : MM. Dieulafoy, Marfan, Ménétrier. — 5e Chirurgie (1re partie), Charité : MM. Guyon, Humbert, Schwartz. — 5e (1re partie), Charité : MM. Le Dentu, Pozzi, Nélaton. — 5e (2e partie), Charité : MM. Cornil, Hallopeau, Letulle.

Mercredi 22 mai. — 3e Oral (1re partie, 1re série) : MM. Segond, Remy, Jalaguier. — 2e Oral (1re partie, 2e série) : MM. Marchand, Retterer, Sebileau. — 5e Oral (1re partie) : MM. Delbet, Tuffier, Varnier. — 5e (1re partie), Hôtel-Dieu : MM. Kirmisson, Ricard, Lejars. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu : MM. Hayem, Joffroy, Déjerine.

Vendredi 24 mai. — 2e Oral (1re partie, 1re série) : MM. Segond, Retterer, Lejars. — 2e Oral (1re partie, 2e série) : MM. Kirmisson, Ricard, Poirier. — 4e : MM. Pouchet, Landouzy, Netter. — 5e (1re partie), Charité : MM. Delbet, Jalaguier, Sebileau. — 5e (2e partie), Charité : MM. Straus, Grancher, Brissaud. — 5e Obstétrique (1re partie), Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Marchand, Vernier.

Samedi 25 mai. — 2e Oral (1re partie) : MM. Remy, Quénu, Poirier. — 4e : MM. Pouchet, Joffroy, Letulle. — 5e Chirurgie (1re partie, 1re série), Hôtel-Dieu : MM. Pozzi, Richelot, Albarran. — 5e Chirurgie (1re partie, 2e série), Hôtel-Dieu : MM. Polaillon, Campenon, Humbert. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu : MM. Cornil, Marie, Roger. — 5e Obstétrique (1re partie), Clinique d'Accouchements, rue d'Assas : MM. Budin, Schwartz, Bar.

SAGES-FEMMES

Lundi 20 mai. — 1re et 2e classes : MM. Baillon, Pinard, Lutz.

THÈSES

Mercredi 22 mai. — *M. Gravière* : Comparaison de l'allaitement mercenaire à distance et de l'allaitement artificiel quant à la valeur théorique et pratique du lait et à ses conséquences pour la nourrisson (MM. Potain, Pinard, Chauffard, Netter). — *M. Beaudriller* : De l'angine granuleuse (MM. Pinard, Potain, Chauffard, Netter).

Samedi 25 mai. — *M. Michel* : Etude sur le diagnostic et le traitement de la diphtérie (MM. Laboulbene, Dieulafoy, Ballet, Chantemesse). — *M. Turner* : Du pronostic opératoire des fibromes des parois abdominales (MM. Laboulbène, Dieulafoy, Ballet, Chantemesse). — *M. Keating-Hart* : Traitement des néphrites albumineuses chroniques par les courants galvaniques et la diélectrolyse du chlorure de sodium (MM. Dieulafoy, Laboulbene, Ballet, Chantemesse). — *M. Gillet* : Contribution à l'étude de l'amblyopie toxique (alcool et tabac) (MM. Panas, Le Dentu, Brun, Nélaton). — *M. Jonnart* : De l'épididymite syphilitique tertiaire (MM. Panas, Le Dentu, Brun, Nélaton).

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

FACULTÉS

Concours d'agrégation.

Sont admis aux épreuves définitives, par ordre alphabétique :

Chirurgiens. — *Paris* : MM. Broca, Chaput, Hartmann, Leguen, Rochard et Walter.

Bordeaux : MM. Binaud, Braquehaye, Gaudier et Lagoutte.

Lyon : MM. Albertin, Curtillet, Dor, Novè-Josserand et Vallas.

Montpellier : MM. Gaudier, Gervais de Rouville et Lassalle.

Nancy : MM. Adam, Frœlich et Lagoutte.

Toulouse : MM. Aldibert, Bauby et Lassalle.

Accoucheurs. — *Paris* : MM. Bonnaire, Lepage et Potocki.

Lille : MM. Bué, Oui, Vallois.

Montpellier : MM. Lavergne, Puech et Vallois.

Nancy : MM. Schult et Vallois.

Leçons d'une heure après 48 heures de préparation (ordre de passage).

Chirurgiens : 11 mai MM. Aldibert, Frœlich; 13 mai MM. Chaput, Bauby; 14 mai MM. Binaud, Adam; 15 mai MM. Braquehaye, Dor; 16 mai MM. Walter, Lassalle; 17 mai MM. Leguen, Lagoutte; 20 mai MM. Novè-Josserand, Gervais de Rouville; 21 mai MM. Albertin, Broca; 22 mai MM. Gaudier, Hartmann; 23 mai MM. Vallas, Curtillet; 24 mai M. Rochard.

Accoucheurs : 24 mai MM. Potocki, Schuhl, Bué, Oui, Puech, Vallois, Lavergne, Lepage, Bonnaire.

Questions : 1° Des fractures spontanées. — 2° Des rétrécissements cicatriciels cancéreux de l'œsophage. — 3° Luxations anciennes de la hanche. — 4° Tumeurs de la rate. — 5° Plaies des veines. — 6° Goitre suffocant.

Concours d'agrégation d'anatomie, physiologie et histoire naturelle.

Par arrêté ministériel en date du 11 mai 1895, le nombre des places d'agrégés d'anatomie près la Faculté de médecine de Lyon mises au concours est porté à 2.

CONCOURS POUR LE CLINICAT

Un cours pour les emplois vacants ci-dessous de chefs de clinique s'ouvrira le lundi 24 juin 1895, à neuf heures du matin.

66e Année. 9e Série. Tome II — N° 21 — 25 Mai 1895

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : Dr F. de RANSE — *Rédacteur en chef :* Dr Pierre SEBILEAU

Secrétaire de la Rédaction : M. Em. EMERY

Tont ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 28, rue Vignon

TRAVAUX ORIGINAUX

La guérison du cancer par la sérothérapie.

I

Nous avons publié, dans un de nos derniers numéros, un résumé de la communication faite par le professeur Ch. Richet à l'Académie des Sciences, sur la guérison du cancer par la sérothérapie.

Cette communication a fait un bruit immense : le public, avide de panacées, mis au courant de la magnifique observation de MM. Ch. Richet et d'Héricourt par les journaux politiques porteurs de la grande et bonne nouvelle, s'est aussitôt « emballé » ; les misérables affligés ont enfin senti la vie revenir à eux et l'espérance jusqu'alors perdue est rentrée dans leur cœur. Plus de cancers ! Plus de chirurgiens ! Il n'est pas, je crois, beaucoup de médecins parisiens qui n'aient reçu quelques demandes du nouveau sérum et, tout récemment, en allant questionner sur ce sujet mon maître le professeur Richet, je l'ai trouvé entouré de deux de mes confrères venus près de lui, comme moi, pour avoir de plus amples détails.

En savant qu'il est, M. Ch. Richet n'attache au remarquable fait qu'il a observé qu'une importance relative. « La cure, dit-il, est très belle ; mais il n'y en a qu'une, et cela ne suffit pas ; observons, étudions et nous nous prononcerons plus tard. Et puis, dans l'espèce, il s'agissait d'un sarcôme. Quelle différence avec l'épithélioma, le vrai cancer ! »

Le professeur Ch. Richet est dans le vrai. Il faut de tout autres documents pour qu'on soit en droit de fonder sur la sérothérapie anticancéreuse un espoir vraiment sérieux.

Il y a des sarcômes qui guérissent spontanément; il y en a très peu, cela est vrai, mais il y en a, et personnellement j'en ai observé un cas bien curieux. Ce sarcôme, du reste, est si différent comme structure, comme évolution, comme naissance, comme mode de propagation, du véritable cancer, qu'on est en droit de penser que les deux affections sont de nature toute autre.

Pour aujourd'hui, il ne faut donc retenir simplement de la communication de MM. Ch. Richet et d'Héricourt que ce simple fait déjà considérable : « Un fibro-sarcôme récidivé a été guéri par les injections de sérum ». La voie est donc ouverte. Espérons que les chercheurs s'y lanceront en grand nombre. Ce ne sera pas un mince titre de gloire pour le professeur Richet que d'y avoir précédé les autres. P. S.

Volci, à ce propos, trois travaux importants : 1° la communication de MM. Ch. Richet et d'Héricourt; 2° un travail de MM. Emmerich et Scholl publié par la *Tribune Médicale*; 3° une courte note de M. Fabre Domergue, dont la compétence en la matière est si indiscutable et si indiscutée, publiée dans le dernier *Bulletin de la Société de Biologie*. Nos lecteurs seront ainsi, par la lecture de la *Gazette Médicale*, tout à fait au courant de cette intéressante question de la sérothérapie anticancéreuse.

II

Traitement d'un cas de sarcôme par la sérothérapie

Par MM. J. Héricourt et Ch. Richet.

On sait que maintenant, pour beaucoup de maladies et surtout pour la diphtérie, la sérothérapie est entrée dans la pratique médicale avec de brillants résultats. Le fait que nous allons rapporter prouve que cette méthode peut s'appliquer non seulement aux maladies infectieuses dont le microbe virulent est connu, mais encore à des affections, comme le cancer, dont l'origine microbienne est encore problématique. Grâce à MM. P. Reclus et F. Terrier, qui nous ont apporté le précieux concours de leur collaboration, nous avons pu faire cette constatation de la manière suivante :

Le 9 février 1895, M. Reclus enlevait un ostéosarcôme de la jambe. Cette tumeur fut broyée, puis additionnée d'un peu d'eau. Le liquide, filtré sur une toile fine, fut injecté à trois animaux (un âne et deux chiens). Cette injection ne fut suivie d'aucune réaction et six, sept et douze jours après, nous prenions le sang de ces animaux pour en recueillir le sérum, lequel servit aux injections.

Voici l'observation (résumée) de la malade soumise par M. Terrier à ces injections :

Le 20 octobre 1894, M. Péraire voit Mme R..., qui est atteinte d'une tumeur de la paroi thoracique gauche, datant de huit mois. Cette tumeur, de la dimension d'une orange, elliptique, à grand diamètre vertical, est étalée sur la paroi costale, adhérente aux sixième, septième et huitième côtes. Pas d'envahissement des téguments. Pas d'antécédents; sinon des manifestations cutanées, très prurigineuses, pour lesquelles la malade a suivi un traitement à l'hôpital Saint-Louis (iodure de potassium ?). Le 23 octobre 1894, M. Péraire fait l'ablation de cette tumeur, adhérente aux côtes et mal circonscrite. Réunion par première intention. Fin novembre, guérison.

L'examen micrographique, par M. H. Gaudier, montre que la tumeur a la structure des fibro-sarcômes : en quelques points, la structure serait globo-cellulaire avec tendance télangiectasique. Le 7 février 1895, on revoit Mme R... Il y a une récidive en avant de la cicatrice linéaire due à l'opération ; c'est un noyau, mobile en partie, du volume d'une noisette. Le 7 mars 1895, Mme R... entre à l'hôpital Bichat. La tumeur a grossi : elle a atteint le volume d'une petite orange ; d'aspect globuleux, aplatie contre le thorax auquel elle adhère à sa partie supérieure. Peau intacte, non adhérente. Pas de douleurs, pas d'engorgement des ganglions axillaires et inguinaux. Etat général assez bon, quoiqu'il y ait un amaigrissement notable. 9 grammes d'urée par litre.

Le 12 mars, première injection de 3 centimètres cubes de sérum (cette dose n'a pas été modifiée ultérieurement). Injections faites autour de la tumeur dans le tissu cellulaire. En tout, quarante injections ont été pratiquées, soit 120 centimètres cubes de sérum : une par jour.

Le 15 mars, la région est douloureuse, la peau rouge. Les tissus œdémateux dissimulent les contours de la tumeur. Il y a des ganglions dans l'aine et un gros ganglion dans l'aisselle correspondante.

Les jours suivants, même état. L'œdème se localise vers la partie déclive. A partir du 25 mars, la tumeur paraît diminuer et s'aplatir progressivement.

Actuellement, le volume n'est plus que le tiers de ce qu'elle était. Les contours sont effacés, difficiles à délimiter. C'est une masse aplatie, avec de petits noyaux indurés, disséminés çà et là. L'engorgement des ganglions inguinaux a disparu. Le ganglion axillaire est en voie de régression.

Les injections n'ont pas déterminé d'albuminurie ; parfois seulement des céphalalgies violentes, qui ont, le 8 avril, forcé d'abandonner le traitement pour quelque temps. A plusieurs reprises, des rougeurs diffuses qui ont disparu très vite. L'état général s'est sensiblement amélioré et la malade a engraissé d'une façon appréciable.

Ainsi, une tumeur reconnue cancéreuse par le microscope (récidive sur la cicatrice) a été non seulement améliorée, mais guérie par les injections de sérum, alors que tout traitement, autre que l'ablation par l'instrument tranchant, eût été impuissant.

Nous avons voulu publier ce fait, encore qu'il soit isolé ; car il n'est pas permis d'attendre, quand il s'agit d'une maladie aussi redoutable que le cancer, à laquelle, pour la première fois, on peut espérer, sans trop de présomptions, avoir trouvé un traitement *quelquefois* efficace.

III

Le traitement du cancer à l'aide d'un sérum anticancéreux.

Par MM. Emmerich et Scholl

Ainsi que nous l'avons annoncé, à propos de la communication à l'Académie des sciences de MM. Ch. Richet et Héricourt sur la *Sérothérapie dans le cancer*, deux auteurs allemands, MM. Emmerich et Scholl, viennent de faire connaître, de leur côté, les résultats de recherches cliniques sur le traitement du cancer par un sérum dit anticancéreux.

Partant de ce fait, observé en ces derniers temps par des auteurs français, anglais, allemands, qu'un certain nombre de cas de cancers et de carcinômes ont été rapidement modifiés, parfois même guéris, *sous l'influence d'un érysipèle intercurrent*, ils ont entrepris, en ce sens, des recherches dont les résultats ne sont pas sans intérêt.

Felhcisen et Neisser avaient tenté d'inoculer aux cancéreux des cultures pures de *coccus érysipélateux;* ils avaient obtenu des résultats encourageants; mais la méthode était dangereuse et avait même causé une fois la mort.

William B. Coley injecta, comme nous l'allons voir, dans des cas de cancers et de sarcômes, ces mêmes cultures, mais après chauffage à 110° ou filtration, et constata de bons résultats ; il obtint des effets encore plus évidents, surtout pour le sarcôme, en employant des cultures dont la virulence avait été exaltée par la présence du *bacillus prodigiosus* comme commensal. Mais la présence de toxines de ces divers microbes provoqua des symptômes secondaires dangereux.

Avec le sérum de MM. Emmerich et Scholl, on ne voit pas se produire les mêmes effets. L'injection provoque un gonflement érysipélatoïde, mais peu ou pas de fièvre, ni de douleurs. Le sérum paraît contenir le principe curatif et non les principes toxiques.

Les premières recherches, faites sur les animaux en 1886, par M. Emmerich, ont montré que l'érysipèle ne guérit pas seulement le cancer, mais encore le charbon; et que ce n'est pas le *coccus érysipélateux* lui-même, mais les modifications qu'il apporte au sang qui détruisent la bactéridie charbonneuse. De là le principe de sérumthérapie que Behring et Kitasato ont développé depuis.

Il restait à examiner si, pour le cancer, c'était aussi non le *coccus* lui-même, mais les modifications qu'il provoque dans le sang qui détruisent le parasite cancéreux. Pour expérimenter ce sérum sur l'homme, MM. Emmerich et Scholl ont employé le sérum de mouton, de préférence à tout autre. La préparation de ce sérum anticancéreux, assez délicate, demande beaucoup de précautions; certaines races de moutons doivent être choisies de préférence. Le mouton est d'abord infecté par une culture d'érysipèle, puis saigné. Son sang, recueilli dans des vases stérilisés, est, au bout d'un certain temps, filtré au filtre Chamberland ou d'Arsonval. Ainsi stérilisé à froid, on le met dans des flacons de 10 centimètres cubes, que l'on garde à l'abri de la lumière et des changements de température.

Ce sérum a été employé, depuis six mois, au traitement d'un certain nombre de cancers et de sarcômes. Il n'a été sans effet que dans deux cas, dans lesquels il existait déjà une infection cancéreuse secondaire et une destruction étendue et purulente des tissus, accidents que l'on pourrait, à l'avenir, prévenir par un traitement plus précoce. Voici, du reste, le résumé des observations :

Observation I. — Femme de 54 ans. Deux ans auparavant, cancer du sein droit opéré. — Le 14 décembre 1894, on constate, au voisinage de la cicatrice, un noyau dur et arrondi, du volume d'un œuf de pigeon, et, au-dessous de l'aisselle correspondante, une

tumeur du volume d'un œuf de poule. An niveau de la première de ces néoplasies, la pean est tendue et d'un rouge brillant; dans la région sous-claviculaire, an niveau dn mnscle pectoral, les tissns sont durs comme du bois, infiltrés par le cancer sur nne étendue grande comme la paume de la main; de là, un trajet fistuleux conduit dans la cavité axillaire; il en sort un liquide purulent. Ganglions sus-claviculaires tuméfiés; œdème et impotence du bras droit.

Après deux injections *d'un demi-centimètre cube de sérum* faites deux jours consécutifs dans le premier noyau, le volume de la tumeur est réduit et la peau devient ridée.

Une injection de 2 centimètres cubes, pratiquée le troisième jour, fait disparaître cette tnmeur.

Des injections analogues, faites dans les autres noyaux, donnent les mêmes résultats. Le 18 décembre, le bras n'est plus œdématié et ses fonctions se sont rétablies. La masse axillaire, devenue fluctuante, est incisée; il en sort une cuillerée de pus, dans lequel l'examen fait reconnaître la présence du staphylocoque doré.

Des injections analogues (1/2 à 2 centimètres cubes) sont faites à des intervalles de quelques jours, jusqu'au 4 janvier. Le 8 janvier, l'incision et la fistule sont fermées, mais sous l'influence d'une simple mouvement, la clavicule se brise; cet accident est la preuve de la résorption des masses cancéreuses qui avaient envahi la clavicule.

Le 12, la malade retourne chez elle guérie, ayant reçu, en injections, un total de 40 centimètres cubes de sérum.

Le médecin qui l'observe écrit le 21 février que, sauf de l'insomnie, cette malade n'a aucun accident, que l'état général est bon, que la fracture s'est consolidée et qu'il n'est pas survenu de récidive.

Observation II. — Femme atteinte de récidive d'un cancer du sein opéré. — Le long de la cicatrice, il existe trois petits noyaux durs et dans la cicatrice un quatrième du volume d'un œuf de poule.

Pendant une semaine, on fait dans les noyaux des injections quotidiennes d'un tiers ou d'un demi-centimètre cube de sérum.

Au bout de huit jours, les petits noyaux ont disparu, mais le gros ne s'est pas modifié. La malade, pour des motifs pécuniaires, doit quitter l'hôpital; son médecin écrit qu'elle ne cesse de réclamer la continuation du traitement.

Observation III. — Femme cachectique atteinte d'un cancer avancé du sein, ulcéré, avec métastases dans le foie et la plèvre. — Au bout de dix jours de traitement, un des noyaux du sein a disparu et beaucoup d'autres sont réduits des deux tiers. L'état général s'est amélioré.

Observation IV. — Femme atteinte de récidive de cancer à la suite d'une tumeur du sein opérée il y a un an et demi. — Il s'est produit à la face interne du bras un noyau cutané du volume d'une noix.

Guérison en quatorze jours à l'aide de 20 centimètres cubes de sérum.

Observation V. — Une femme de 36 ans, ayant des antécédents héréditaires, remarque, en octobre 1894, dans son sein droit, une tuméfaction dure, à laquelle elle prête peu d'attention, parce qu'elle est enceinte. Elle accouche le 26 janvier.

Le 23 février, la tumeur mesure 17 centimètres et demi dans un sens et 18 et demi dans l'autre.

On injecte en divers points de la masse cancéreuse 2 centimètres cubes de sérum le 23 février, 4 le 24, 11 le 25, 5 à 6 les trois jours suivants, 11 et demi le 1er mars.

Le 5 mars, les dimensions de la tumeur ne sont plus que 15 et 16 et demi.

Les jours suivants, les injections sont continnées dans la tumeur et on en fait dans les ganglions axillaires.

Le 11 mars, le néoplasme ne mesnre plus que 14 centimètres dans chaque sens et les ganglions sont réduits de moitié.

Fante de sérum, le traitement est snspendu jnsqu'au 20 mars et alors il est repris avec des doses moindres.

En somme, non seulement la tumeur a cessé de s'accroître, mais elle a perdu sa dureté et a notablement diminué, ce qui fait bien augurer de l'avenir.

Observation VI. — Femme de 65 ans, atteinte depuis neuf ans d'nn épithélioma de l'angle externe de l'œil gauche, mesurant 3 centimètres sur 2, et ulcéré.

Au bout de quatre injections qnotidiennes de 2 à 3 centimètres cubes de sérum, la tnmeur est devenue moins saillante. Le traitement est continné à petites doses avec interruptions.

Actuellement, la tumeur a disparu et il ne reste plus que des ulcérations — en voie de guérison — produites par la nécrose du néoplasme.

Ce fait montre que les vieux cancers guérissent par destruction du tissu néoplasique et cicatrisation, tandis que la guérison, pour les cancers jeunes, se fait par résorption; celle-ci est d'autant plus rapide que l'âge de la tumeur est moins avancé.

Observation VII. — Un sarcôme de l'épaule datant de six ans et ayant atteint le volume de la tête s'est ramolli et réduit sous l'influence d'un traitement de trois semaines.

Les auteurs font suivre ces faits des réflexions suivantes :

Le sérum agit-il, en réalité, sur le cancer? Est-ce un spécifique pour tous les cancers ou seulement pour certaines formes? A quelles doses et avec quels intervalles de temps faut-il pratiquer les injections? Y a-t-il des inconvénients ou des dangers à ce traitement?

Les faits précédents répondent à la première de ces questions, et les expériences de Coley semblent montrer que le sarcôme est encore mieux influencé que le cancer vrai.

La forme du cancer paraît avoir moins d'importance que son âge. D'après Coley, cependant, les sarcômes fusiformes ou mixtes sont les plus favorables, tandis que ceux à cellules rondes et les ostéo-sarcômes ne sont que peu ou pas influencés.

Pour les petites tumeurs la dose employée peut être chaque jour de 1 à 4 centimètres cubes; pour les grosses on peut injecter sans crainte, en divers points, jusqu'à 25 centimètres cubes.

Jusqu'à la dose de 5 centimètres cubes, les injections ne sont pas douloureuses; les injections plus considérables, surtout dans les tumeurs dures, provoquent des douleurs qui persistent quelques heures. En général, il n'y a pas de fièvre, et quand elle s'est montrée, elle a été passagère et n'a jamais atteint 39° Les malades n'ont accusé aucune céphalalgie et aucune diminution de l'appétit. L'état général s'est, au contraire, amélioré.

Localement, même à la suite des injections à doses faibles, on voit se produire un pseudo-érysipèle, un érysipèle aseptique, consistant en une tuméfaction plus ou moins marquée et accompagnée d'un peu de rougeur. Ce pseudo-érysipèle ne s'étend pas et disparaît au bout de vingt-quatre à quarante-huit heures. Plus il est accentué, meilleurs sont les effets.

Le traitement par le sérum ne doit pas faire renoncer au traitement chirurgical qui reste le meilleur moyen de débarrasser l'économie d'un néoplasme. Il est appelé à compléter l'opération et à assurer ses effets en mettant le ma-

lade à l'abri de la récidive, en détruisant les foyers inaperçus et le parasite en voie de dissémination. La chirurgie et la médecine se prêteront ainsi un mutuel appui.

Ce nouveau traitement n'en est qu'à ses débuts. Il faut chercher à augmenter l'activité du sérum, étudier ses meilleurs modes d'emploi, et en isoler le principe actif pour pouvoir le doser.

MM. Emmerich et Scholl terminent leur communication en annonçant que, dans quelques semaines, ils espèrent pouvoir produire le sérum anticancéreux en grandes quantités.

IV

Sérothérapie et cancer.

Par M. Fabre-Domergue.

Il est aujourd'hui démontré : 1° que le sérum du sang des animaux infectés par certaines formes microbiennes contient un principe actif particulier; 2° que ce principe actif inoculé à l'homme lui confère l'immunité vis-à-vis d'espèces microbiennes habituellement pathogènes. Tel est le point de départ, expérimentalement justifié, de la sérothérapie. Ce mode de traitement est donc rationnellement applicable aux maladies d'origine bactérienne. Autant cependant il semble nécessaire d'en utiliser les applications toutes les fois que l'on se trouve en présence d'une affection présentant les caractères de cette étiologie, c'est-à-dire la contagiosité, sinon la transmissibilité par l'inoculation de l'agent pathogène isolé en cultures pures, autant il paraît illogique de l'appliquer empiriquement au traitement de tous les maux. C'est précisément ce que l'on est en train de faire pour les cancers.

Les expériences tentées dans cette voie n'ont pour base qu'un rapprochement illégitime des affections microbiennes d'une part, et des néoplasies cancéreuses d'autre part.

Les résultats annoncés prématurément comme des guérisons n'ont, au point de vue de leur nombre, de leur durée, de leur interprétation, qu'une portée analogue à ceux que l'on a successivement enregistrés après les autres infections modificatrices préconisées comme curatives des cancers. Tous rentrent dans une même catégorie de phénomènes et trouvent leur véritable interprétation dans la connaissance de la structure histologique de ces affections.

Rien n'est moins démontré que la nature, je ne dirai pas microbienne, mais parasitaire des cancers. A défaut de démonstration effective, ils ne possèdent même pas la contagiosité qui permet pour certaines autres affections comme la rage, la syphilis, dont on ignore l'agent pathogène, d'en conclure à l'entrée dans l'organisme d'un corps chimique ou figuré venu du dehors et déterminant la maladie. L'on ne peut, en effet, considérer comme une contagion les cas de transmission de cancers par la greffe expérimentale ou accidentelle de tissus néoplasiques en pleine vitalité. Par conséquent la voie suivie par les expérimentateurs qui appliquent au traitement des néoplasmes le principe de la sérothérapie est purement empirique. Et rien ne fait mieux ressortir le caractère de ces tentatives que la comparaison des procédés employés par leurs préconisateurs.

MM. Richet et Héricourt se servent de sérum sanguin d'un âne inoculé avec du suc d'ostéosarcôme, et obtiennent indifféremment la guérison (?) d'un fibro-sarcôme et d'une tumeur indéterminée de l'estomac.

MM. Emmerich et Scholl guérissent des cancers récidivés du sein et un sarcôme de l'épaule par du sérum sanguin de mouton, inoculé au moyen de cultures d'érysipélocoques.

Enfin M. Coley observe des résultats aussi favorables pour les carcinômes et les sarcômes indifféremment, après injection de cultures d'érysipélocoques chauffées à 100° et parfois additionnées de toxines du *bacillus prodigiosus*.

Il ne saurait être question ici, cela va sans dire, de l'objectivité des phénomènes constatés de très bonne foi par les observateurs que je viens de citer, mais de leur interprétation. Or, ces phénomènes me paraissent présenter le même sens que ceux dont on a pu, de longue date, constater la fugacité : je veux parler des effets produits par les injections locales modificatrices en général.

Les tumeurs sont constituées par un tissu adulte ou embryonnaire, vivant, susceptible par conséquent de subir, sous l'influence de certains agents, tout comme le tissu normal qui les environne, des phénomènes de désorganisation et de régression. De plus, dans presque toutes ces formations, l'élément conjonctif migrateur tient une place importante.

Or, les injections modificatrices agissent sur l'ensemble de la masse néoplasique de façons différentes, selon leurs propriétés toxiques et probablement chimiotaxiques. Injecte-t-on, dans une tumeur, de l'huile phosphorée comme l'a fait récemment encore M. Nepveu, de l'acide picrique (Moran) ou tout autre poison cellulaire, les éléments touchés par le réactif périssent immédiatement, en même temps que celui-ci, se combinant avec les albuminoïdes des tissus forme avec eux des combinaisons insolubles et par conséquent inertes. Les tissus ainsi frappés de nécrose aseptique ne tardent pas à être résorbés par les éléments mobiles du tissu conjonctif, et le volume de la tumeur diminue proportionnellement. Dans ce premier cas, l'injection modificatrice agit à la façon d'un simple caustique. Son efficacité est limitée par le fait que jamais son action ne s'étend à tous les éléments constitutifs de la tumeur.

Plus décevantes encore sont les injections de substances qui n'interviennent que par leur action chimiotaxique sur les leucocytes. L'on sait, par les expériences de Massart et Bordet, de Metchnikoff, que les toxines microbiennes présentent au plus haut point ce pouvoir. L'on sait aussi que la chimiotaxie peut être positive ou négative (Pfeffer, Massart et Bordet).

Or, l'observation microscopique nous démontre que toute tumeur contient, en proportions variables, une masse leucocytaire dont le volume peut osciller dans de larges limites sans que, pour cela, le tissu néoplasique proprement dit subisse des fluctuations parallèles. C'est sur cet élément migrateur que l'injection modificatrice exerce son action chimiotaxique, et l'on conçoit que dans certains cas particulièrement propices, cette chimiotaxie négative puisse être assez considérable pour amener une diminution temporaire et très notable de la masse totale d'une tumeur.

Par conséquent, régression vraie par destruction partielle et incomplète du tissu néoplasique, régression apparente par raréfaction des éléments conjonctifs migrateurs, parfois production simultanée de ces deux effets : tels sont les phénomènes qui viennent en imposer pour une guérison et qui permettent, en tous cas, d'expliquer à la fois les succès temporaires observés à la suite des injections de sub-

stances chimiques les plus dissemblables, l'unité des résultats signalés malgré la diversité de ces substances, et enfin la réserve avec laquelle doivent être accueillies de nouvelles expériences tentées dans le même ordre d'idées.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 22 mai. — Présidence de M. Théophile Anger.

L'hystérectomie abdominale totale.

M. Schwartz. — Depuis quelques années déjà, mon attention a été attirée sur le pédicule dans les opérations pour gros fibrômes de l'utérus. A ce point de vue, c'est avec une grande satisfaction que j'ai lu la communication récente de M. Richelot et essayé de tirer profit du procédé nouveau d'hystérectomie abdominale totale qu'il nous a donné. Pour tout dire de suite, c'est un procédé que je trouve excellent, et je déclare que je suis tout prêt à le pratiquer. Néanmoins, M. Richelot voudra-t-il me permettre de lui faire quelques observations auxquelles ses réponses seront, pour moi, d'une grande utilité?

Lorsque la vessie a été décollée, en effet, est-il toujours possible de fendre la base du ligament large et d'aller fixer la grande pince qui doit assurer l'hémostase? Cela me paraît possible lorsque l'on a affaire à de petits fibrômes. Cela me paraît impossible si l'on se trouve en présence de grosses tumeurs irrégulières de l'utérus.

D'autre part, si je considère le procédé de M. Richelot comme le procédé de choix, dans certains cas, je pense que ce ne doit pas être le seul procédé. Autant je serai heureux de l'avoir à ma disposition lorsque je devrai opérer des fibrômes réguliers, autant je serai heureux d'avoir d'autres procédés spéciaux pour des tumeurs plus difficiles à enlever. C'est dans cet ordre d'idées que je pourrais vous décrire certaines modifications personnelles auxquelles j'ai eu recours dans cinq cas d'hystérectomie abdominale totale. Non que je veuille ériger ces modifications en un procédé nouveau à côté de celui de M. Richelot, mais je veux dire que ce n'est pas un seul procédé qu'il nous faut pour extraire les fibrômes utérins. Il nous en faut plusieurs, suivant les cas. Néanmoins, celui de M. Richelot, je le répète, est appelé à nous rendre les plus grands services.

M. Segond. — Je commence par dire que je ne suis pas du tout porté, actuellement, à faire l'hystérectomie abdominale totale. J'ai été tout de même séduit par le procédé opératoire décrit par M. Richelot. Je lui trouve deux grands mérites: il est, tout d'abord, marqué au coin de la priorité chirurgicale, et cette priorité ne saurait faire de doute, car, bien que nous sachions tous, que tous nous avons cherché, à certains moments, à trouver un procédé opératoire en rapport avec les difficultés de nos opérations, néanmoins, M. Richelot est le premier qui ait donné une série réglée des artifices opératoires nécessaires pour arriver au résultat cherché. De plus, c'est lui, le premier, qui a manifesté la conception nette de transformer le résultat opératoire obtenu par la laparotomie en un résultat semblable à celui que nous donnait l'hystérectomie.

Je mets donc en fait qu'il s'agit là d'une priorité indiscutable. Je me permettrai cependant de faire une critique. A l'exemple de notre collègue Schwartz, et je crois pouvoir dire à l'exemple de la majorité des membres de la Société, M. Richelot a tort, selon moi, de qualifier son procédé de procédé définitif. Nous sommes, en effet, heureux d'avoir d'autres procédés sous la main quand les cas sont difficiles et il ne faut pas être trop absolu sur ce point.

De l'éthérisation.

M. Monod. — J'emploie l'éther comme anesthésique, au cours de mes opérations, depuis un an environ, et ce sont les remarques que j'ai faites depuis un an, à ce sujet, que je me propose de vous communiquer aujourd'hui. Elles diffèrent peu, en somme, de celles que nous a déjà présentées M. Chaput. Aussi vais-je les écourter.

Au début de l'éthérisation, je crois qu'il importe de donner l'éther à haute dose. C'est du moins la méthode qui a été suivie dans mon service. Nous avons utilisé le masque de Julliard. Mais peu importe l'appareil, à mon avis; l'important, c'est d'avoir un masque qui enveloppe la bouche et le nez en interceptant toute communication. L'agitation du sujet dans l'éthérisation est toute différente de celle de la chloroformisation. Avec le chloroforme, la période d'agitation vient tard. Avec l'éther, elle est continue; c'est une lutte du malade qui se débat contre les vapeurs éthérées et l'on peut faire disparaître cette agitation en augmentant la dose d'éther, en forçant, pour ainsi dire, le sommeil du malade. Toutefois, l'excitation dépend beaucoup, à mon avis, de la façon dont l'éther est administré.

L'anesthésie a été obtenue, en moyenne, au bout de cinq minutes et demie. Nous avons vu des cas où elle n'a été obtenue qu'au bout de quinze minutes. D'autres fois, au contraire, elle a été obtenue au bout d'une minute.

Il y a deux choses qui gênent dans l'éthérisation : ce sont les mucosités abondantes du début et les ronflements. Encore ces derniers sont-ils plutôt agréables pour le chirurgien qui a toute sécurité en entendant la respiration forte et régulière de son opéré.

Les vomissements qui accompagnent l'éthérisation sont toujours moins abondants que ceux qui accompagnent le chloroforme, et j'ai remarqué que les femmes y étaient plus sujettes que les hommes.

Nous avons employé, d'une manière générale, des quantités très variables d'éther, et je mets en fait qu'il est impossible de délimiter la quantité nécessaire invariablement pour produire l'anesthésie.

Toutefois, au cours de mes opérations, la moyenne de l'éther employé était de 150 grammes pour une heure d'anesthésie. J'estime encore que le réveil après l'éthérisation est plus prompt et plus facile qu'après le chloroforme. Les malades restent aussi moins déprimés.

Je ne signalerai aucune contre-indication à l'emploi de l'éther. Je ne pourrais que parler comme les auteurs qui ont déjà traité la question. Enfin, en dehors des opérations qui se pratiquent sur la face, je n'ai à rejeter l'éther pour aucun genre d'opération. Les inconvénients qui résultent de la présence du feu dans la salle d'opération me semblent, de plus, avoir été exagérés.

Il suit, de là, que je prône l'éther et que je veux continuer à l'employer. Je sais bien que le chloroforme est plus de mode en France. Moi-même, je n'ai pas à m'en plaindre. Je trouve qu'il donne une somme de satisfactions plus grande à l'opérateur que l'éther. Néanmoins, c'est à la suite d'une mort sous le chloroforme que je me suis décidé à employer l'éther et je déclare que je ne l'abandonnerai pas.

M. Segond. — Moi aussi, j'ai employé l'éther. Mais ce ne sont pas des affirmations du genre de celles de M. Ollier (Voir *Gazette Médicale* du 11 mai 1895) qui m'y ont amené. Ce sont plutôt des affirmations moins nettes, venant de statistiques moins vastes, mais plus personnelles; ce sont enfin les deux grandes raisons qui suivent qui m'ont décidé à donner de l'éther à mes opérés : on disait, en effet, que l'éther donnait moins de vomissements et déprimait moins le malade que le chloroforme. J'ai donc commencé par apprendre moi-même à donner de l'éther. C'est mon ami Poncet qui m'a donné les premières leçons. Puis j'ai opéré sous l'éther. J'ai fait jusqu'ici 90 éthérisations dont 26 pour hystérectomies, 26 pour laparotomies, toutes opérations longues et laborieuses, et voici ce que j'ai constaté : l'anesthésie est rapide

et s'obtient au bout de quatre ou cinq minutes. Les vomissements sont très rares et les malades se réveillent enfin dans un état d'excitation salutaire, malgré la longueur de l'opération quelquefois, et ils sont loin de cette dépression dans laquelle le chloroforme laisse d'habitude nos opérés.

Pour toutes ces raisons, donc, malgré ma petite statistique, certainement insuffisante, je suis partisan convaincu de l'éthérisation.

M. Forgues. — A Montpellier, nous avons été les premiers ralliés à l'éther. A ce sujet je vous présenterai simplement aujourd'hui, n'ayant pas le temps de vous dire tout ce que je pense de l'éther, un petit masque portatif pour donner l'éther et qui n'est qu'une modification du masque de Julliard.

M. Michaux. — J'ai fait plus de 1,000 éthérisations, dont 180 environ pour hystérectomies et laparotomies, et j'ai noté deux ou trois fois des bronchites assez intenses ; deux ou trois fois encore le sommeil s'est prolongé pendant plus d'une heure bien que je n'eusse, pendant ce temps, aucune crainte sur l'avenir de mon malade.

On a dit que n'importe qui pouvait donner de l'éther. Je ne suis pas de cet avis. Je crois que l'on s'apprend vite à le donner, mais je crois qu'il faut encore savoir le donner. Quant aux accidents de brûlures, je crois que l'on peut y remédier en utilisant le procédé de Julliard, qui consiste à recouvrir d'une serviette mouillée les mains de celui qui donne l'éther.

M. Reclus. — Je donne de l'éther, dans mon service, seulement depuis le 1er janvier, et j'en donne peu parce que j'opère beaucoup à la cocaïne. Chez moi, on donne toujours au moins 200 grammes d'éther pour une opération, je crois qu'on en donne beaucoup trop. Les malades salivent beaucoup et ils ont des ronchus permanents. Les vomissements sont nombreux, mais moins nombreux très certainement que ceux que produit le chloroforme; ils sont surtout moins prolongés après l'opération. Quant à l'innocuité de l'éther, s'il ne fallait que cette raison pour me convertir à l'éther, elle serait suffisante. En effet, je ne crains pas de dire que j'ai dans mon service une fois des ennuis sur dix chloroformisations et, cependant, ce sont mes internes qui donnent le chloroforme ; tandis qu'avec l'éther, j'ai toujours eu la plus grande sécurité. Je signalerai toutefois trois cas de réveil tardif après l'éthérisation.

M. Ricard. — Je fais des suppléances dans différents services durant les vacances. Ici on emploie l'éther, là on s'en tient au chloroforme. Partout je conserve les habitudes prises et j'ai remarqué que l'on donnait beaucoup mieux l'éther que le chloroforme. Je suis donc, moi aussi, partisan de l'éther.

J'insisterai toutefois sur les affections broncho-pulmonaires comme contre-indication à l'éther dont j'ai vu deux exemples graves, mais non funestes.

M. Routier. — Il ne doit pas nous être indifférent de savoir ou de ne pas savoir donner de l'éther et pour moi j'attends d'avoir quelqu'un sachant le donner pour en faire un usage courant.

Lipôme sous-deltoïdien.

M. Gérard-Marchand présente une pièce anatomique. C'est un lipôme sous-deltoïdien. Le cas était intéressant à cause du siège de la tumeur et des erreurs de diagnostic auxquelles elle a donné lieu. La durée de son évolution fut de quatre mois, et on la prit tout d'abord pour une tumeur maligne. Elle était reliée à la capsule articulaire par un pédicule fibreux. J. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 21 mai.

De la quantité de phosphore chez les huîtres.

M. Chatin. — J'ai vu que les huîtres renferment une proportion importante de phosphore organique. Et les huîtres portugaises en contiennent trois fois plus que les autres espèces. Si, d'autre part, on se rappelle leur richesse en fer et en azote, on voit que c'est là non seulement un bon aliment, mais aussi un excellent médicament.

La coloration de certaines espèces d'huîtres est due à la présence de diatomées qu'on retrouve en forte quantité dans les infusoires des eaux des parcs.

M. Gautier. — Beaucoup d'aliments d'origine maritime présentent une grande richesse de phosphore combiné organique, ainsi le poisson et surtout la laitance. Dans l'huile de foie de morue, j'ai montré qu'il y avait, en même temps que beaucoup d'alcaloïdes, de l'acide phosphoglycérique provenant d'un dédoublement des lécithines que l'on trouve dans le foie et les centres nerveux. Ce sont là les médicaments auxquels le médecin doit s'adresser pour enrichir l'économie en phosphore ; c'est aux jaunes d'œuf et aux huîtres qu'il s'adressera, s'il s'agit de l'enrichir en outre en fer et en azote.

M. Le Roy de Méricourt. — Il y a déjà longtemps qu'on considère les huîtres comme un excellent remède de la dysenterie et de la diarrhée des pays chauds.

Anévrysmes iliaque droit et inguinal gauche traités par l'extirpation.

M. Le Dentu lit un rapport au sujet d'un travail de M. Quénu, sur cette question. Le danger des ligatures artérielles et veineuses n'est pas tant dans la diminution de l'irrigation sanguine que dans la coagulation du sang à distance en amont et en aval des ligatures, pouvant produire des obstructions de nature embolique. Comme l'antisepsie permet de ne redouter que fort peu les coagulations, elle permet aussi de faire des ligatures sans qu'il y ait de grands dangers à courir.

Dans les troncs veineux, l'obstruction est supprimée de proche en proche, et les voies collatérales largement ouvertes éloignent la gangrène. Aussi quand on extirpe proprement un anévrysme, l'obstruction ne porte que sur les extrémités des vaisseaux sectionnés ou liés, mais ne va pas plus loin. Par conséquent, la propagation de la thrombose et de l'embolie sont choses peu redoutables.

D'autre part, le sac où a été déterminée la coagulation peut devenir le point de départ d'embolies. C'est pourquoi l'extirpation est supérieure à la ligature, dans les anévrysmes des gros vaisseaux. Ces faits, applicables à la fémorale et à la poplitée, le sont sans doute aussi à l'iliaque externe. Mais il manque encore un nombre suffisant de cas ayant trait à l'extirpation d'anévrysmes iliaques, pour qu'on puisse en avoir l'assurance absolue.

Des maladies vénériennes dans l'armée.

M. Commenge lit un travail dont voici les principaux traits. Si l'on compare les statistiques portant sur les maladies vénériennes dans les armées anglaise et française, on en arrive aux conclusions suivantes :

Dans l'armée anglaise, le nombre de soldats atteints de maladies vénériennes est en général beaucoup plus considérable que dans l'armée française. Au point de vue purement syphilitique, la proportion est cinq fois moindre dans l'armée française. D'autre part, la proportion est plus élevée dans l'armée russe que dans l'armée française, mais beaucoup inférieure à l'armée anglaise.

En s'occupant uniquement de l'armée française, l'auteur a vu que les maladies vénériennes varient suivant que les régiments occupent des villes possédant une prostitution clandestine plus ou moins développée. C'est particulièrement dans les corps d'armée du Midi et de l'Algérie, dans celui du gouvernement militaire de Paris et dans le 3e corps que les maladies vénériennes sont les plus fréquentes. Enfin, il faut tenir compte des garnisons que les différents régiments d'un même corps d'armée occupent : ainsi à Vernon et à Elbeuf, il y a beaucoup moins de maladies vénériennes qu'à Rouen et qu'au Havre.

Donc les maladies vénériennes sont beaucoup plus nombreuses

là où existe la liberté de la prostitution. Sa réglementation atténue le développement et enraye la marche des maladies vénériennes.

M. Hervieux lit un travail sur la *Variolisation ancienne et moderne*, où il signale les dangers de l'inoculation variolique dans la plupart des colonies françaises.

M. Garnault lit un travail où il fait savoir qu'il a obtenu de bons résultats dans le traitement de certaines affections de la gorge, des oreilles et du nez avec le massage vibratoire, particulièrement dans l'asthme réflexe, la fièvre des foins, l'ozène, l'inflammation aiguë de la caisse et de la trompe. J. P.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 17 mai.

Cirrhose hypertrophique biliaire.

M. Hanot présente un malade atteint de cirrhose hypertrophique biliaire type depuis 3 ans. Le foie est énorme ; jamais il n'y a eu d'ascite; quelquefois un peu d'ictère. La leucocytose a été constante: la boulimie s'est montrée d'une façon permanente forçant le malade à se lever la nuit pour manger. Ce malade n'est ni syphilitique, ni alcoolique, ni paludéen ; il a présenté, comme c'est l'ordinaire, des périodes de rémission et d'aggravation, faisant des séjours de deux mois à l'hôpital et reprenant sa vie habituelle pendant des mois ; dans les périodes de calme il paraît absolument bien portant et on est surpris de trouver un foie aussi énorme. Dans les périodes de crise la température atteint 40° et 40° 5, avec de la congestion pulmonaire; une fois même il a existé une légère lésion d'endocardite infectieuse. Un autre malade de M. Hanot, professeur de l'Université, a présenté les mêmes phénomènes, avec des poussées aiguës frisant l'ictère grave, il paraît, actuellement, absolument guéri ; le traitement employé a été le calomel à doses fractionnées, un demi-centigramme associé au sulfate de quinine.

M. Hanot oppose à l'évolution de ces cirrhoses celle du foie syphilitique où l'on n'observe ni poussées aiguës, ni leucocytose, ni boulimie, mais une marche progressive sans amélioration.

Le malade de M. Hanot présente dans l'urine beaucoup d'urobiline. M. Hanot croit à un ictère urobilinurique.

M. Hayem. — Dans tout ictère on doit examiner le sérum sanguin et l'urine. Dans l'ictère hémaphéique, où l'on ne trouve dans l'urine que du pigment modifié, il y a toujours dans le sérum du pigment biliaire vrai qui donne la réaction de Gmelin. L'urobiline seule ne peut donner lieu à aucune coloration de la peau ; c'est un pigment non tinctorial. On peut, dans le cours des cirrhoses, voir, pendant un certain temps, l'ictère hémaphéique et apparaître ensuite l'ictère biliphéique.

M. Hanot fait observer que, d'après M. Létienne, en traitant du sang par l'acide nitrique, on a toujours la réaction des matières colorantes de la bile.

Le bain froid dans la pneumonie chez les enfants.

M. Comby. — Le bain froid à 25° et 20° rend de grands services dans la pneumonie; il ralentit le pouls et la respiration, et produit le plus souvent un abaissement de température d'un à deux degrés, persistant deux heures. M. Comby a pu sauver ainsi un enfant de 3 ans atteint de pneumonie grippale des plus graves. Le bain ne diminue pas la durée de la pneumonie franche.

M. Sevestre. — La défervescence est souvent avancée d'un ou deux jours.

M. Rendu. — Les adultes tirent le même bénéfice des bains froids; ce bénéfice s'étend peut-être même aux adultes âgés.

MM. Siredey et **Le Gendre** signalent les heureux effets des bains dans les bronchopneumonies des fièvres éruptives.

M. Hayem insiste sur leur effet particulièrement favorable chez les tout jeunes enfants.

Cystite du col due aux alcalins à dose élevée.

M. Mathieu cite le cas d'un malade prenant 18 et 25 grammes de bicarbonate de soude qui présenta de la pollakiurie et de la cystite aiguë du col. Ces phénomènes disparurent avec la suppression des alcalins.

M. Hayem rappelle qu'il n'a vu les doses, quelque élevées qu'elles fussent, de bicarbonate de soude guérir l'hyperchlorhydrie. Un des plus forts hyperchlorhydriques qu'il ait observés prenait, depuis six ans, dix grammes de bicarbonate de soude par jour, une bouteille d'eau de Vichy à chaque repas.

M. Mathieu. — Le bicarbonate de soude ne guérit pas l'hyperchlorhydrie, mais calme les signes qui en dépendent.

M. Sevestre lit : 1° un rapport du Dr Bertin sur l'hématothérapie ; 2° un rapport du Dr Bézard sur la sérothérapie dans la diphtérie à Tours. H. Méry.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 18 mai.

Epilepsie spinale expérimentale.

M. Charrin. — On sait que la paraplégie pyocyanique est le premier symptôme nerveux qui se développe après l'inoculation du bacille du pus bleu et après l'injection des produits de ce bacille. On n'ignore plus, en effet, aujourd'hui, que les toxines servent aux microbes pour produire leurs désordres morbides. Cette paraplégie n'est pas un accident vulgaire, mais une paralysie spasmodique avec atrophie apparente des muscles, rétention d'urine, troubles trophiques ou sensitifs.

C'est là un type de paralysie qui se rapporte aux produits sécrétés par le bacille du pus bleu et maintenant connu.

Je vous présente actuellement un lapin atteint de cette paraplégie expérimentale, parce qu'il offre un phénomène que les toxines n'ont pas encore réussi à produire. Il a, en effet, une exagération des réflexes très marquée portant avec une grande prédominance sur les membres paralysés ; de plus, l'animal suspendu par les oreilles a. spontanément ou par un léger choc, une tremblement très semblable à l'épilepsie spinale, en même temps que des spasmes et des contractures des orteils.

L'expérimentation reproduit donc la clinique dans ses moindres détails. Et nous voyons que les sécrétions microbiennes sont capables de donner naissance à la perte des mouvements, à l'atrophie musculaire, aux troubles sensitifs, à la rétention d'urine, aux désordres trophiques cutanés, articulaires, à des ulcérations, à la chute des poils, à des difformités unguéales, à des modifications dans les réactions électriques, à de l'exagération des réflexes, à des spasmes, à des contractures des extrémités, à de l'épilepsie spinale. C'est bien là une paralysie distincte d'une paralysie vulgaire et toujours semblable à elle-même dans ses grands traits.

La pathologie nerveuse bénéficie ainsi des acquisitions des doctrines nouvelles, car à la notion d'infection se joint celle de toxicité qui la complète.

Ictère grave chez un nouveau-né atteint de syphilis hépatique.

MM. Bar et **Rénon.** — Un enfant né à terme d'une mère syphilitique avait, deux jours après sa naissance, un ictère fébrile qui le tua le cinquième jour. L'autopsie nous montra un foie volumineux où le microscope fit voir des lésions non douteuses de syphilis hépatique. D'autre part, des ensemencements furent prélevés dans le foie, la rate et le cœur droit ; toutes les cultures contenaient le proteus vulgaris à l'état de pureté. Nous croyons qu'ici la syphilis n'a été que la cause prédisposante à l'infection. Comme le proteus vulgaris a été vu dans la veine ombilicale thrombosée,

on peut admettre que l'infection s'est faite par la plaie ombilicale, et non pas par migration de ce microbe de l'intestin dans le foie pendant la période agonique.

Associations microbiennes.

M. Roger. — Si habituellement les produits microbiens favorisent le développement des infections, il arrive aussi parfois que les produits microbiens aident à la guérison de l'organisme infecté. En injectant du charbon bactéridien mélangé à des cultures stérilisées de bacillus prodigiosus à des cobayes et à des lapins, j'ai obtenu les résultats suivants : chez les lapins, le bacillus prodigiosus a eu une action thérapeutique ; chez les cobayes, j'ai vu des œdèmes précoces précédant une mort qui, elle-même, est rapidement survenue.

Aussi les hypothèses émises pour expliquer le mécanisme des associations microbiennes sont-elles sujettes à caution : action sur les phagocytes, sur la diapédèse, modifications du chimiotaxisme, influence des cultures stérilisées sur le microbe vivant. Ces faits sont exacts dans certains cas, ne le sont plus dans d'autres. De plus, ces deux expériences prouvent bien, par leurs résultats contradictoires, qu'il ne faut pas se hâter de passer de l'expérimentation à l'action thérapeutique.

Du traitement du cancer par les injections modificatrices.

M. Fabre-Domergue. — On a publié des cas de guérisons ou de modifications de tumeurs cancéreuses par l'injection de différentes substances. Ces modifications s'expliquent par la structure même des tumeurs carcinomateuses. Celles-ci sont formées de deux éléments : l'élément néoplasique, l'élément leucocytaire. Cet élément leucocytaire disparaît par suite des injections, et on comprend qu'il peut en résulter une diminution notable de la tumeur, quand on injecte des substances microbiennes. Injecte-t-on au contraire des substances chimiques, on peut admettre que celles-ci détruisent aseptiquement les éléments néoplasiques qui peuvent être alors résorbés par les éléments leucocytaires. La tumeur, dans ce second cas, diminue aussi, quoique par un autre mécanisme.

Ainsi ces injections n'exercent-elles pas une action vraiment curative, mais simplement une action modificatrice, comme le prouve la généralisation parfois observée chez des malades traités par cette méthode.

Hyperglobulie par asphyxie artificielle.

M. Sellier (de Bordeaux) communique, au nom de M. Jolyet et au sien, le résultat de la numération des globules sanguins chez une poule asphyxiée artificiellement.

De 3,069,000, les globules sont montés à 3,617,000. La cyanose détermine donc de l'hyperglobulie, comme le montre la clinique. De plus, la poule présentait beaucoup de globulins. Cette méthode est donc un moyen de les produire.

M. Langlois communique le résultat de ses recherches *sur l'action comparée des sels de cadmium et de zinc.*

M. Gley dépose, au nom de M. Guinard, une note relative *aux effets de la morphine sur le cœur.*

M. Retterer communique, au nom de M. Soulié (de Toulouse), un travail *sur la structure du ligament rond de l'utérus et la migration des ovaires chez la femme.* J. P.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance du 9 mai. — Présidence de M. Maygrier.

M. Richelot donne lecture d'une lettre de M. Nitot, qui vient d'employer avec succès son procédé d'hystérectomie abdominale totale pour fibrômes. Il s'agissait d'un fibrôme que M. Nitot avait jugé inopérable par la voie vaginale, à cause de l'étroitesse du vagin et de la minceur excessive du col utérin qui était du reste dévié et tout à fait inaccessible.

Cas de rétention d'urine chez un fœtus de 8 mois.

M. Devé. — La vessie était très distendue et contenait 4 litres de liquide. La dissection a montré que l'urèthre était transformé en un cordon fibreux sur une longueur de 24 millimètres. Le liquide ne contenait que 24 milligrammes d'urée par litre. Le rectum se terminait sur la vessie.

M. Porak a observé un cas de dégénérescence kystique des reins avec double hydronéphrose consécutive à l'existence d'une valvule siégeant au niveau de la portion membraneuse de l'urèthre et n'existant que sur la moitié de l'urèthre. Un autre cas est absolument calqué sur l'observation lue par M. Devé ; il s'agissait d'une rétention d'urine due au défaut d'abouchement du cloaque interne avec le cloaque externe. L'examen de l'urine analysée par M. Hanriot donne les mêmes résultats que l'analyse communiquée par M. Devé. On peut en conclure que le rein n'élimine que de l'eau chargée de chlorure de sodium dans les proportions où on trouve cette substance dans le sang. Des analyses pratiquées sur la première urine rendue par le fœtus justifient cette opinion. Donc la fonction rénale, pendant la vie intra-utérine, est assurée par le fonctionnement placentaire.

Examen anatomique d'une tête de monstre nosencéphale.

MM. Souligoux et Paquy. — Cet examen a montré que la moelle intacte avec son bulbe et sa protubérance était interrompue au niveau des pédoncules cérébraux. Tous les nerfs bulbaires existaient. Par contre, le nerf olfactif n'existait pas. Le nerf optique était très développé ; il se portait obliquement de dehors en dedans, pénétrait dans un conduit osseux, puis en sortait pour aller se terminer à un des angles d'un petit noyau triangulaire, situé en avant du trou occipital. Deux autres petits ganglions nerveux étaient situés sur les parties postéro-latérales. Ce monstre a vécu 10 heures.

Evolution artificielle du fœtus très difficile dans un utérus à cloison.

M. Narich (de Smyrne). — Il a eu énormément de peine à saisir un pied et celui-ci une fois saisi à l'attirer à la vulve. En cette circonstance il a senti vivement la nécessité d'un nouvel instrument, conçu de manière à saisir le pied récalcitrant au-dessous de la cheville, aisément, solidement et sans lui nuire, afin de pratiquer des tractions méthodiques et efficaces.

Thérapeutique intra-utérine

M. Pichevin. — C'est en 1887 que Walton fit connaître son traitement de la pelvi-péritonite par la dilatation forcée et le curage de la matrice. Elle répondait à la nécessité qu'on éprouvait de réagir contre les abus de l'opération de Lawson Tait. Déjà Pippenskold, Hadra, Polk, Martin avaient pratiqué des laparotomies conservatrices. Poullet, Doléris et Gottschalk se déclarèrent partisans de la méthode de Walton plus ou moins modifiée.

Les adversaires de la thérapeutique intra-utérine déclarèrent que les partisans de la dilatation utérine n'avaient en vue que l'évacuation des collections enkystées des trompes. Or, disait M. Terrillon, avec quelques auteurs, cette évacuation est impossible, puisque l'orifice tubaire est oblitéré d'une façon absolue.

Cependant des faits nombreux et récents (Routier, Rivière, Prior, Wylie, etc.) démontraient que l'écoulement du liquide contenu dans la trompe par l'orifice utérin était indiscutable.

Quand une femme perd du pus par l'utérus, quand après l'ablation d'une poche tubaire, on voit s'écouler du pus par le bout utérin sectionné, on peut dire qu'il est probable que le liquide pa-

thologique qui sortait par l'orifice utérin provenait de la trompe. Mais on a dit que la diminution et la disparition des tumeurs péri-utérines n'étaient pas dues à la diminution ou à la disparition des salpingites, mais des péri-salpingites séreuses. J'ai observé avec M. Lyot un fait des plus nets d'évacuation tubaire.

L'utérus ayant été enlevé avec les trompes et les ovaires, on put constater le reflux dans l'utérus du liquide purulent contenu dans les trompes.

M. Terrillon a écrit que la dilatation utérine avait une tendance à obstruer les orifices tubaires. Une expérience de P. Delbet semble prouver le contraire. Delbet ayant trouvé sur un cadavre un pyosalpinx et un hématosalpinx pressa sur les deux tumeurs. Il ne s'écoula pas une goutte de liquide dans l'utérus. Il dilata la matrice avec des laminaires et exerça des pressions sur les tumeurs salpingiennes. Il fit évacuer ainsi du pus par l'orifice tubaire de l'utérus. La dilatation paraît avoir favorisé la sortie du liquide purulent. Dans deux cas, j'ai amené par la dilatation l'évacuation d'une collection siégeant dans le moignon utérin d'une trompe enlevée quelques mois auparavant.

J'ai dilaté une femme atteinte de salpingo-ovarite double. Après le curage il y eut une véritable débâcle purulente par l'utérus, débâcle qui dura plusieurs jours et qui amena progressivement la diminution des masses péri-utérines qui remplissaient le petit bassin. La guérison symptomatique fut obtenue complètement. Quant aux annexes, on les sentait à peine, un an après. On a tort de séparer nettement les collections enkystées de celles qui ne le sont pas. Une dilatation tubaire peut se produire sans qu'il y ait obstruction complète et définitive. Sous l'influence de l'inflammation, la muqueuse tubaire augmente de volume et il se produit un engouement surtout dans la portion utérine de la trompe. Au niveau de l'ostium uterinum, les plis longitudinaux réduits à trois ou quatre se renflent et s'emboîtent. Il suffit d'un éperonnement de la muqueuse pour qu'il y ait obstruction.

Que l'inflammation disparaisse, la trompe sera de nouveau perméable. A. Doran a prouvé histologiquement cette espèce d'engouement tubaire par éperonnement de la muqueuse. Je dis donc que s'il y a des cas où la trompe est définitivement obstruée par soudure de la face interne du canal tubaire, il existe des faits qui démontrent que la lumière de la trompe n'est que momentanément obstruée, engouée. La contraction des muscles tubo-utérins et l'exagération de la tension intra-tubaire accusent la progression de l'évacuation des liquides de la trompe.

Mais ce serait méconnaître les indications de la méthode de Walton que de l'appliquer aux collections dites enkystées. En réalité, le triomphe de la méthode se constate dans le cas où il n'y a ni enkystement, ni lésions trop profondes des trompes.

Les échecs sont dus, d'une part, à une dilatation insuffisante de l'utérus. On a dilaté le col et on a négligé de dilater le corps. Le curage a été mal fait. On a cessé trop rapidement le traitement intra-utérin consécutif. Enfin, les insuccès s'expliquent par l'incurabilité des lésions péri-utérines (lésions scléreuses, ovaire suppuré, adhérences, etc.) qui donnent lieu à des douleurs rebelles.

La thérapeutique intra-utérine est contre-indiquée dans les cas aigus, dans les cas où il y a du pus autour de l'utérus, dans l'hématosalpinx, la grossesse extra-utérine et la salpingite tuberculeuse. A l'exemple de Landau, on peut dans certains cas tenter de faire le diagnostic par une ponction qui peut être en même temps curative. S'il s'agit de collection purulente, il faut faire soit l'incision vaginale, soit la laparotomie, soit l'hystérectomie. Quelle conduite doit-on tenir quand on a affaire à des salpingites non kystiques ? Il est difficile de se prononcer. Une salpingo-ovarite mobile, de petit volume, non prolabée, aura des chances plus sérieuses de guérison qu'une grosse masse tubo-ovarienne bas située et adhérente.

On prendra en considération plusieurs facteurs : l'ancienneté des lésions, les accidents à répétition, l'âge des malades, la condition sociale, la volonté des malades de conserver leurs organes sexuels. Mais quelle proportion de succès obtient-on par la dilatation, le curage et le drainage ? Je crois qu'on échoue au moins dans la moitié des cas. Et cependant il ne faut pas renoncer trop tôt à tout espoir, comme le prouvent des guérisons suivies de grossesses inespérées.

Malgré les succès que j'ai obtenus, je reconnais que la dilatation utérine, le curage et le drainage constituent un traitement de longue haleine, ennuyeux pour le gynécologiste, douloureux, souvent mal supporté par les patientes et incertain dans ses résultats.

Quand on ne réussit pas, les malades sont découragées et se refusent parfois à toute tentative opératoire plus sérieuse. La période de dilatation utérine est longue et douloureuse. L'introduction et la sortie des éponges ne se font pas sans souffrances. Je propose de supprimer ce temps préparatoire et d'en revenir à la méthode primitive de Walton : on endormira les malades, on fera une dilatation très lente, prudente et progressive ; avec des dilatateurs à deux branches parallèles et munis d'une vis dilatatrice, on obtiendra une dilatation extemporanée large ; on pratiquera le curage, on fera deux lavages intra-utérins qui seront répétés chaque jour et on tamponnera l'utérus après chaque irrigation. Walton a obtenu ainsi d'excellents résultats.

M. Charpentier. — Les cas d'évacuation d'une collection tubaire par l'utérus sont nombreux et il n'est pas un de nous qui n'en ait observé.

M. Nitot. — Les tumeurs que l'on peut rencontrer sur les parties latérales d'un utérus atteint d'endométrite ne sont pas toutes formées par des collections liquides intra-tubaires. Elles consistent souvent en une sorte d'œdème inflammatoire péritubaire qui guérit facilement par le repos. De plus, il ne suffit pas qu'une trompe se vide pour que la femme guérisse. L'épithélium de la trompe et les tissus sous-jacents continuent en effet à être malades.

M. Fournel ne trouve pas les arguments de M. Pichevin bien probants, puisque dans bon nombre d'observations qu'il cite comme cas favorables, on a dû recourir à l'hystérectomie. Il voit avec plaisir que M. Pichevin renonce à la dilatation dans les cas de collections purulentes péri-utérines.

M. Labusquière. — Olshausen vient de citer plusieurs cas de mort à la suite de la dilatation.

M. Pichevin. — J'ai publié les accidents causés par la curette et par le dilatateur. Howard, O. Delly et Auvard ont incriminé ce dernier instrument qui a perforé quelquefois l'utérus.

Le dilatateur de Sims à trois branches est un instrument dangereux ; les extrémités des trois branches divergent et menacent de creuser la paroi utérine d'autant plus que l'on appuie brutalement avec les mains sur l'instrument et que l'on ne se sert pas de vis pour graduer la force dilatatrice. Un dilatateur à deux branches parallèles mû par une vis graduée n'est pas dangereux, pourvu qu'on y mette de la prudence, de la lenteur et de la patience.

Maladie de Basedow débutant dans le cours d'une grossesse chez une primipare.

M. Siguier. — Il s'agit d'un goitre exophtalmique ayant débuté avec une grossesse et ayant eu une légère tendance à l'amélioration une fois l'accouchement terminé. L'auteur croit que dans ce cas il y a eu relation de cause à effet entre la grossesse et l'apparition du goitre. Il y a eu aussi, à la suite de l'accouchement, une légère amélioration. Il se peut qu'après l'accouchement il y ait une phase de repos où la glande tend à reprendre son volume normal sans qu'il y ait pour cela de guérison ou même amélioration permanente et sans qu'on puisse préjuger de l'évolution future de la maladie.

ACTES DE LA FACULTÉ

DU 27 MAI AU 1er JUIN 1895

EXAMENS

LUNDI 27 MAI. — 2e Oral (1re partie) : MM. Reclus, Retterer, Poirier. — 3e Oral (1re partie, 1re série) : MM. Kirmisson, Ricard, Varnier. — 3e Oral (1re partie, 2e série) : MM. Marchand, Jalaguier, Lejars. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu : MM. Segond, Delbet, Sebileau. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Hayem, Chauffard, Gaucher. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Fournier, Brissaud, Déjerine.

MARDI 28 MAI. — 2e Oral (1re partie) : MM. Humbert, Marie, Poirier. — 3e (2e partie) : MM. Dieulafoy, Charrin, Marfan. — 4e : MM. Proust, Pouchet, Gilbert. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité (1re série) : MM. Guyon, Schwartz, Nélaton. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité (2e série) : MM. Le Dentu, Richelot, Brun. — 5e (2e partie), Charité : MM. Raymond, Hallopeau, Letulle. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique d'Accouchements, rue d'Assas : MM. Budin, Pozzi, Bar.

MERCREDI 29 MAI. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Marchand, Delbet, Tuffier. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Marchand, Kirmisson, Jalaguier. — 5e (2e partie). Hôtel-Dieu : MM. Grancher, Landouzy, Déjerine.

JEUDI 30 MAI. — 2e Oral (1re partie) : MM. Raymond, Remy, Albarran. — 3e Oral (1re partie, 1re série) : MM. Panas, Schwartz, Bar. — 3e Oral (1re partie, 2e série) : MM. Guyon, Humbert, Budin. — 3e (2e partie) : MM. Joffroy, Hallopeau, Ballet. — 4e : MM. Dieulafoy, Pouchet, Chantemesse.

VENDREDI 31 MAI. — 3e (2e partie) : MM. Potain, Brissaud, Chauffard. — 4e : MM. Pouchet, Landouzy, Netter. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité (1re série) : MM. Segond, Reclus, Tuffier. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité (2e série) : MM. Kirmisson, Delbet, Jalaguier. — 5e (2e partie), Charité : MM. Hayem, Straus, Déjerine. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Marchand, Varnier.

SAMEDI 1er JUIN. — 3e (2e partie) : MM. Raymond, Marie, Letulle. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu : MM. Panas, Schwartz, Campenon. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Dieulafoy, Hallopeau, Chantemesse. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Laboulbène, Ballet, Gilbert. — 5e (2e partie), Charité (1re série) : MM. Cornil, Ballet, Ménétrier. — 5e (2e partie), Charité (2e série) : MM. Jaccoud, Joffroy, Charrin. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique d'Accouchements, rue d'Assas : MM. Humbert, Maygrier, Bar.

EXAMENS D'OFFICIAT

MERCREDI 29 MAI. — 2e (Définitif) : MM. Pouchet, Joffroy, Ricard.

EXAMENS DE CHIRURGIEN-DENTISTE

MERCREDI 29 MAI — 1er : MM. Retterer, Poirier, Sebileau.
JEUDI 30 MAI. — 1er : MM. Polaillon, Pozzi, Le Dentu.
VENDREDI 31 MAI. — 1er : MM. Retterer, Sebileau, Poirier.
SAMEDI 1er JUIN. — 1er : MM. Remy, Quénu, Poirier.

THÈSES

MERCREDI 29 MAI. — *M. Mariesse* : Essai sur les formes cliniques de la symphyse cardiaque ; symphyse rhumatismale : symphyse tuberculeuse (MM. Potain, Fournier, Brissaud, Gaucher). — *M. Burrier* : De la valeur du magistère de soufre (soufre précipité) (MM. Fournier, Potain, Brissaud, Gaucher). — *M. Baudrillier* : De l'angine granuleuse (MM. Fournier, Potain, Brissaud, Gaucher). — *M. Claverie* : Sur l'accouchement artificiel immédiat par les voies naturelles (accouchement forcé) post-mortem (MM. Straus, Pinard, Lejars, Netter). — *M. Legars* : Essai sur la maladie pyocyanique chez l'homme (MM. Straus, Pinard, Lejars, Netter). — *M. Daumy* : Tumeurs péri-uréthrales chez la femme (MM. Pinard, Straus, Lejars, Netter).

JEUDI 30 MAI. — *M. Beltrami* : De l'articulation alvéolo-dentaire (MM. Brouardel, Cornil, Richelot, Poirier). — *M. Joly* : Histoire de la circoncision ; étude critique du manuel opératoire des Musulmans et des Israélites (MM. Cornil, Brouardel, Richelot, Poirier). — *M. Carcy* : De l'épithéliome primitif de l'urèthre prémembraneux (MM. Cornil, Brouardel, Richelot, Poirier). — *M. Belhadère* : Etude sur les troubles digestifs de l'amygdalite chronique (MM. Lahoulbène, Proust, Charrin, Ménétrier). — *M. Laisney* : Etude sur le cancer du cœur (MM. Lahoulbène, Proust, Charrin, Ménétrier). — *M. Brun* : Régime de l'assainissement de Paris consacré par la loi du 10 juillet 1894 (MM. Proust, Laboulbène, Charrin, Ménétrier).

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

FACULTÉS

Concours d'agrégation d'anatomie, physiologie et histoire naturelle.

Voici les noms des candidats admis à prendre part au concours d'agrégation d'anatomie, physiologie et histoire naturelle qui s'est ouvert lundi 20 mai :

ANATOMIE. — *Paris* : MM. Morau, Morestin, Pilliet et Thiéry.
Montpellier : M. Mouret.
Nancy : M. Jacques.
Bordeaux : M. Cannieu.
Lyon : MM. Durand, Lacroix et Siraud.
Toulouse : MM. Ambialet, Soulié et Viguié.
PHYSIOLOGIE. — *Montpellier* : MM. Biscons, Delezenne, Guibbaud et Pachon.
Nancy : MM. Delezenne, Guibbaud, Lambert et Pachon.
Bordeaux : MM. Delezenne, Guibbaud, Pachon, Sellier.
Lyon : MM. Doyon et Pachon.
HISTOIRE NATURELLE. — *Montpellier* : MM. Dewèvre, Galavielle et Gerher.
Nancy : MM. Gerher et Vuillemin.
Bordeaux : MM. Beille, Dewèvre, Gerber et Peytoureau.

Voici l'ordre dans lequel les candidats sont appelés à subir l'épreuve d'une leçon orale de trois quarts d'heure, après trois heures de préparation :

ANATOMIE. — MM. Morestin, Jacques, Cannieu, Ambialet, Moreau, Soulié, Thiéry, Lacroix, Pilliet, Durand, Viguié, Siraud et Mouret.

PHYSIOLOGIE. — MM. Biscons, Lambert, Pachon, Delezenne, Guibbaud et Doyon.

HISTOIRE NATURELLE. — MM Peytoureau, Dewèvre, Galavielle, Beille, Gerber et Vuillemin.

Concours d'agrégation de physique, chimie et pharmacie.

Le jury du concours d'agrégation de physique, chimie et pharmacie, qui s'est ouvert lundi 20 mai, est composé de MM. Gautier, *président* ; Gariel, Ponchet, Riche, Schutzenberger (de Paris), Cazeneuve (de Lyon), Charpentier (de Nancy), *juges titulaires*.

Voici les noms des candidats :
PHYSIQUE. — *Nancy* : M. Guilloz.
CHIMIE ET TOXICOLOGIE. — *Paris* : M. Chassevant.
Lyon : M. Barral.
Toulouse : M. Biarnés.
PHARMACIE. — *Lyon* : MM. Causse et Moreau.

La composition écrite (pour les candidats à l'agrégation de physique et de chimie) a eu lieu hier mardi.

Conférences d'histoire naturelle médico-légale.

M. Heim, agrégé, ouvrira ses conférences le samedi 23 mai 1895, à 5 heures, et les continuera les mardis et samedis suivants, à la même heure (amphithéâtre de la Morgue).

Sujet du cours : Applications de l'histoire naturelle à la médecine légale et à la toxicologie.

Les docteurs et les étudiants en médecine qui voudront suivre ce cours devront se munir d'une carte qui leur sera délivrée au secrétariat de la Faculté (guichet n° 2), tous les jours, de midi à 3 heures, jusqu'au 24 mai inclus.

Concours de l'adjuvat.

Ce concours a commencé le lundi 13 mai.

Le jury se compose de MM. Guyon, Farabeuf, Schwartz, Poirier et Nélaton.

Les candidats, au nombre de huit, sont : MM. Bois, Courtillier, Fredet, Lapointe, Mouchet, Pasteau, Petit et Touche.

Voice le sujet de la composition écrite : *Nerf sciatique poplité externe ; anatomie et physiologie.*

Oral : *Extrémité supérieure du fémur.*

Examen pour le diplôme de chirurgien-dentiste.

Une session d'examens pour le diplôme de chirurgien-dentiste s'ouvrira le lundi 3 juin 1895.

Sont seuls admis à se présenter à cette session : 1o les candidats

66e ANNÉE. 9e SÉRIE. TOME II — N° 22 — 1er JUIN 1895

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : Dr F. de RANSE — *Rédacteur en chef* : Dr Pierre SEBILEAU

Secrétaire de la Rédaction : M. Em. EMERY

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 28, rue Vignon

CLINIQUE MÉDICALE

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. LE PROFESSEUR FOURNIER

Les céphalées syphilitiques.

Leçon publiée par M. E. EMERY, interne du service.

La syphilis est féconde en douleurs de tête, chacun sait cela. Il est de notoriété commune par exemple que des douleurs de tête constituent une des manifestations les plus fréquentes de la période secondaire, voire parfois du début de cette période. Il est non moins avéré qu'à la période tertiaire, les exostoses crâniennes déterminent des souffrances dans la tête plus ou moins violentes, parfois d'une violence excessive. Et, enfin, la céphalée prodromique des grandes encéphalopathies spécifiques se trouve partout décrite. Or, toutes ces douleurs de tête d'origine syphilitique sont généralement dénommées du même terme. On les appelle céphalées.

De sorte qu'à en juger, d'après la généralité du terme, on serait autorisé à croire que toutes les douleurs de tête d'origine syphilitique, comme d'autres encore, que je n'ai pas citées, mais dont je parlerai bientôt, ne sont, au total, qu'un seul et même phénomène diathésique se produisant à des étapes variées de l'affection et sous des influences diverses.

Eh bien ! il n'en est rien, et, tout au contraire, ce qu'on appelle céphalées syphilitiques répond à des états morbides divers, n'ayant entre eux de commun que ce seul fait qu'ils se traduisent par des phénomènes de même ordre, à savoir : des phénomènes douloureux.

A coup sûr, dans toutes les céphalées syphilitiques, quelles qu'elles soient, on a mal à la tête, on souffre de la tête : voilà le phénomène commun. Mais, à cela près, ces diverses céphalées sont des symptômes différents ayant chacun son origine propre, son siège propre, et certainement aussi son substratum anatomique particulier.

En autres termes, il n'y a pas une céphalée syphilitique, mais bien des céphalées syphilitiques de divers ordres.

Il y a donc lieu de catégoriser ces diverses céphalées, de les différencier les unes des autres et de les dénommer si possible d'après leur siège organique.

Efforçons-nous de procéder ainsi.

Il est à coup sûr plusieurs façons de souffrir de la tête de par la syphilis. Ainsi : 1° On peut souffrir de la tête par le fait de névralgies spécifiques affectant tel ou tel des nerfs crâniens. C'est là ce qui mérite bien le nom de céphalée névralgique.

2° On peut souffrir de la tête par le fait de lésions osseuses crâniennes (périostite, périostose, exostose, ostéôme gommeux). C'est là une céphalée osseuse.

3° Un syphilitique peut souffrir de la tête sans névralgies et sans lésions osseuses. Comment en souffre-t-il alors ? et quel est le siège, le substratum de la douleur ? On ne sait. En souffre-t-il de par les méninges, de par le cerveau, de par tel ou tel autre élément anatomique ? Mystère. En sorte que cette espèce de céphalée est impossible à spécifier, à dénommer par son siège, ou de par elle-même. Elle ne se différencie que négativement des deux premières espèces (céphalée névralgique et céphalée osseuse) par l'absence de névralgies et d'altérations osseuses.

Nul moyen donc de la qualifier, si ce n'est conventionnellement, en l'appelant céphalée propre, vraie, ou céphalée syphilitique proprement dite.

Arbitrairement, convenons de l'appeler ainsi, les mots ne faisant rien à la chose.

Enfin, un syphilitique peut encore souffrir de la tête, et ce dernier cas, pour être peu connu, n'en est pas moins fréquent, par le fait de névroses, branchées sur la syphilis, issues de la syphilis sans être syphilitiques de fond, ou, en d'autres termes, syphilitiques d'origine sans être syphilitiques de nature : ce sont les névroses parasyphilitiques.

Telles sont les céphalées issues de l'hystérie ou de la neurasthénie parasyphilitique.

De sorte, en définitive, que, dès à présent, et réserves faites pour d'autres divisions que m'imposera peut-être l'avenir, on peut catégoriser les céphalées syphilitiques de la façon suivante :

1° *Céphalées fausses :*
α Céphalée névralgique ;
β Céphalée osseuse.
2° *Céphalées vraies :*
α Céphalée secondaire ;
β Céphalée prémonitoire de la syphilis cérébrale ;
γ Céphalées parasyphilitiques (hystérique, neurasthénique, tabétique).

Justifions maintenant cette classification par l'analyse des faits cliniques.

I. — *Céphalée névralgique.*

Bon nombre de sujets syphilitiques qui disent « souffrir de la tête » ne souffrent de la tête qu'en raison de névralgies crâniennes.

Et, en effet, si l'on vient à étudier de près cette prétendue céphalée, on voit par l'analyse exacte de ses phénomènes qu'elle consiste en de véritables névralgies affectant tel ou tel des rameaux nerveux crâniens. Et deux caractères notamment établissent d'une façon formelle la qualité névralgique de ces douleurs, à savoir :

1° La circonscription de la douleur suivant un trajet anaomique qui est celui d'une branche nerveuse ;

2° La provocation de la douleur, et d'une douleur aiguë, caractéristique par la pression exercée en certains points qui sont ceux des névralgies, notamment le point d'émergence du nerf en dehors des parois crâniennes. Exemple, pour la plus fréquente de ces névralgies, la névralgie sus-orbitaire, nous aurons une douleur déterminée par la pression au niveau du trou sus-orbitaire, siège d'émergence du nerf frontal externe qui va, au delà, donner la sensibilité aux téguments du front et de la portion antéro-médiane du cuir chevelu.

Cette céphalée, d'ordre névralgique, est susceptible de sièges divers. Elle peut affecter :

Les rameaux supérieurs de la cinquième paire ;

Les rameaux auriculaire et mastoïdien du plexus cervical ;

Le grand nerf occipital.

Mais elle est infiniment plus commune sur la cinquième paire que partout ailleurs. Et l'on peut dire que son type usuel est constitué par la névralgie sus-orbitaire.

A quelle étape de la maladie se produisent ces céphalées névralgiques? Et à quelles lésions paraissent-elles imputables ?

Elles sont infiniment communes dans l'étape secondaire, et plus spécialement dans les premiers temps de cette étape, c'est-à-dire les six ou huit premiers mois et à cette époque, il nous est impossible de dire si elles sont d'ordre purement dynamique, ou bien si elles se produisent sous l'influence d'une lésion organique.

Inversement, elles sont rares dans l'étape tertiaire, et à cette époque, on peut presque sûrement incriminer une lésion, soit une compression exercée sur un tronc nerveux par nnè tumeur gommeuse ou par une lésion osseuse, etc.

Ces névralgies diathésiques n'ont d'autres symptômes que ceux des névralgies vulgaires, en sorte qu'elles n'ont rien par elles-mêmes qui les signale spécialement à l'attention, rien qui les distingue cliniquement d'une névralgie de toute autre provenance. Tout au plus empruntent-elles en certains cas un certain cachet de spécificité, à ce fait qu'elles comportent des exaspérations marquées de la douleur vers le soir ou dans la nuit.

En revanche, elles se distinguent à postériori des névralgies vulgaires par l'action sédative qu'exerce sur elles le traitement spécifique. Là est leur véritable, et, disons-le, leur unique critérium, critérium formel, absolu, en nombre de cas. Surprenante est, en effet, l'action exercée sur elles par le mercure et l'iodure de potassium, au point que c'est là, comme on l'a dit, une véritable pierre de touche pour le diagnostic. Que de fois n'a-t-on pas vu des névralgies secondaires ou tertiaires céder en quelques jours à un traitement de cet ordre ! Que de fois n'a-t-on pas vu des névralgies, qui méconnues, quant à leur nature, avaient résisté opiniâtrement à toutes les médications vulgaires, se dissiper, comme par enchantement, devant le traitement spécifique !

II. — *Céphalée osseuse ou crânienne.*

Une deuxième variété de fausse céphalée est la céphalée osseuse. Dans celle-ci, l'origine de la douleur est osseuse, c'est parce que les os sont malades que les patients souffrent de la tête.

Cette céphalée, d'origine osseuse, appartient à des époques très variées de la syphilis, soit à des époques jeunes, soit à des époques moyennes, soit à des époques plus reculées, mais, à ces diverses échéances, elle se présente sous des formes très disparates comme difficultés de diagnostic.

A l'étape tertiaire, ou sous ses formes tertiaires, cette céphalée osseuse ne court aucun risque d'être méconnue comme origine, comme provenance osseuse. Pourquoi? Parce qu'alors elle se rattache à ces lésions importantes, majeures, déformant le crâne, et non susceptibles d'échapper, soit à l'attention du malade d'abord, soit à l'examen du médecin. Impossible de méconnaître en tant qu'origine de douleurs de tête (et le plus souvent de douleurs vives, violentes) des lésions telles que des exostoses, des périostoses gommeuses, des ostéômes gommeux. Passons. Mais, pour une raison précisément inverse, il en est tout autrement à la période secondaire. Les lésions, en effet, que réalise la syphilis secondaire vers le système osseux sont, le plus souvent, plus circonscrites, petites, ne faisant que peu de relief. Au front, à la tempe, on peut encore les apercevoir, mais quand elles siègent sur les parties recouvertes par les cheveux, elles se dissimulent et échappent alors tout à fait à l'attention, soit du médecin, soit du malade qui se plaint seulement de « douleurs de tête ». Et alors ces lésions courent grand risque d'être prises pour de la céphalée simple, pour de la céphalée secondaire.

Que sont-elles, en effet, ces lésions osseuses de ces périodes secondaires?

Elles consistent en telle ou telle des trois espèces pathologiques que voici :

1° Soit des périostites, c'est-à-dire des phlegmasies superficielles du périoste ;

2° Soit des périostoses, c'est-à-dire des périostites auxquelles s'ajoute un certain degré de prolifération osseuse superficielle ;

3° Soit des ostéalgies, sous forme de foyers circonscrits d'hyperesthésie osseuse sans la moindre lésion appréciable.

Comme ces lésions sont absolument communes dans la syphilis secondaires (et chez les femmes, bien plus encore que chez l'homme, soit dit incidemment) et, comme de plus, elles sont peu connues en dépit de leur fréquence, quelques détails à leur propos pourront ne pas être superflus.

1° *Les périostites* secondaires du crâne consistent sommairement en ceci :

Petits soulèvements se produisant à la surface des os du crâne notamment au niveau des régions pariétales, temporales ou frontales ; soulèvements très circonscrits, affectant le plus souvent l'étendue et la forme d'une pièce de 50 centimes, quelquefois plus larges (pièce de 1 ou 2 fr.), quelquefois plus petites (pièce de 20 centimes) figurant un léger relief étalé en plateau, relief de 1 à 2 mm. environ, donnant au toucher la sensation d'une petite bosse rénitente, tendue, d'un empâtement phlegmonique. Quelquefois on a une fluctuation obscure, comme si quelques gouttes de liquide étaient interposées entre l'os et le périoste.

Ces lésions sont spontanément douloureuses et déterminent une souffrance vague de tension. Mais surtout, et c'est là le caractère clinique principal, elles sont extrêmement sensibles, extrêmement douloureuses à la pression, voire au moindre contact. Dès qu'on les touche, le malade sursaute et quelquefois jette un cri. Je répète à dessein que cette sensibilité exquise les dénonce spécialement à l'attention.

2° *Les périostoses* sont exactement calquées comme symptômes sur les périostites que nous venons de décrire, à cela près d'un seul caractère, à savoir la dureté.

Comme les périostites elles consistent en de petits soulèvements crâniens bien circonscrits faisant une saillie légère, douloureux spontanément, plus douloureux encore au toucher, etc : tous symptômes que je n'ai pas à répéter. Mais, en outre, elles offrent au palper une résistance, une dureté spéciale qui n'existe pas dans les périostites. Constituées en effet par une prolifération osseuse qui se produit à la surface de l'os, elles présentent tout naturellement la dureté du tissu osseux, et cela seul les différencie de ces dernières.

3° Enfin, il n'est pas rare qu'au crâne comme ailleurs, comme par exemple sur le sternum ou les côtes, on rencontre dès la période secondaire des foyers osseux hyperesthésiés (au moins en apparence) constituant ce qu'on a appelé des ostéalgies.

Ces ostéalgies sont à coup sûr un des plus curieux, des plus étranges phénomènes que réalise la syphilis secondaire, à savoir des douleurs osseuses *sine materiâ*, des douleurs osseuses tout au moins dont la raison anatomique nous échappe absolument.

En quoi consistent-elles donc? En ceci : Au niveau d'un os (et spécialement au niveau de divers os que nous spécifierons tout à l'heure) une douleur superficielle, circonscrite, facilement limitable par le palper, qui provoque à ce niveau une véritable angoisse.

Mais rien autre que cette douleur. Avec cette douleur, aucun autre symptôme : à savoir, nulle tuméfaction, nulle saillie, pas d'empâtement local, pas d'altération tégumentaire, surface de l'os absolument lisse et normale.

La douleur, en un mot, est le seul phénomène cliniquement appréciable, quelques soins que l'on apporte à l'exploration. Elle seule constitue l'état morbide.

En quoi consiste donc cette douleur osseuse ? Quel en est le substratum ? Réside-t-elle dans l'os, le périoste, les nerfs ou ailleurs ? Impossible de le dire. Si bien que dans notre ignorance du siège précis de cette douleur, force a bien été de dénommer le symptôme par le symptôme et d'appeler ostéalgie cette souffrance osseuse à pourquoi indéterminé. Telles sont les manifestations que détermine la syphilis secondaire sur le crâne.

Or, pour en revenir à notre sujet, toutes ces manifestations osseuses ont un caractère commun, c'est la douleur, et la douleur spontanée, douleur plus ou moins intense, plus ou moins aiguë, quelquefois d'une violence extrême.

Si, maintenant, nous remarquons ces deux points : 1° que les douleurs par lesquelles se traduisent ces diverses manifestations sont loin de rester circonscrites aux foyers des lésions dont elles dérivent, qu'elles dépassent ces foyers, ayant une tendance à diffuser, à irradier, à s'étaler (passez moi le mot) de façon qu'elles envahissent le plus souvent une plus ou moins large portion du crâne ; 2° que les lésions productrices de ces douleurs sont loin de s'imposer à la vue, et tout au contraire, à moins de siéger sur le front, se dissimulent dans les cheveux, échappant de la sorte au malade en tant que lésion matérielle et à fortiori au médecin, nous concevrons facilement que, pour ces deux raisons, ces douleurs, osseuses de provenance, sont le plus souvent prises pour ce qu'elles ne sont pas, à savoir de simples maux de tête. Il ne faut donc pas accepter sans contrôle ce diagnostic banal de « mal de tête », mais rechercher pourquoi et comment le malade souffre de la tête. Rechercher d'abord et exclure la céphalée névralgique par les moyens que nous avons signalés plus haut, puis rechercher et exclore de même la céphalée osseuse avant de conclure à la céphalée simple.

Mais comment rechercher la céphalée osseuse ? Comment la dépister ? Le plus simplement du monde, à savoir par une exploration complète et un palper attentif de la boîte crânienne.

Pour cela, porter la main sur le crâne, palper le crâne région par région, district par district, en exerçant par les doigts une pression légère sur la surface de la voûte.

Qu'arrivera-t-il ? C'est que grâce à cette investigation, souvent, très souvent, on arrivera à découvrir un, deux, trois points circonscrits, où la moindre pression, le moindre attouchement de la surface osseuse déterminera une douleur, et une douleur de plus en plus croissante. Le malade tout aussitôt s'écriera : « C'est bien là que je souffre, vous tenez ma douleur. » Examinez alors avec attention le foyer douloureux et vous y constaterez de deux choses l'une :

Ou bien, en ce point, une légère saillie circonscrite avec empâtement ou dureté. Cela voudra dire périostite ou périostose secondaire ; ou bien, en ce point, rien, rien autre qu'une douleur exquise à la pression, mais sans tuméfaction, sans saillie, sans quoi que ce soit d'appréciable. C'est une ostéalgie alors, que vous aurez dévoilée de la sorte.

Et dans l'un ou l'autre de ces cas, en définitive, le mal de tête de votre malade restera imputable à une lésion secondaire du système osseux. Le mal de tête sera donc une céphalée crânienne. Ajoutons, d'ailleurs ce n'est que

justice, que pour un certain nombre de cas, les malades vous dirigeront eux-mêmes sur la piste de ce diagnostic spécial, par la façon dont ils traduisent ou essaient de traduire leur douleur de tête. C'est ainsi, par exemple, que les femmes (qui sont plus sujettes que les hommes aux manifestations de cet ordre) nous racontent souvent, en expliquant leur souffrance, qu'elles ont la tête « comme meurtrie »; qu'il leur semble « y avoir reçu des coups de bâton »; d'autres disent qu'elles ne peuvent « se toucher la tête » tant elle est devenue sensible par place, par endroits. D'autres encore se plaignent de ne plus pouvoir « se peigner, se démêler les cheveux », parce que le peigne en passant sur la tête y excite des douleurs insupportables, etc.. etc. Toutes façons de dire qui sont de nature à éveiller un soupçon, à appeler l'attention du médecin vers quelque lésion superficielle du crâne.

Les douleurs de tête, que nous avons étudiées jusqu'à présent, constituent ce qu'on peut appeler les fausses céphalées. Venons maintenant au groupe des céphalées vraies.

Les céphalées vraies ne peuvent se définir directement, parce qu'on ne sait vraiment quel en est le siège, quelle en est la raison anatomique.

Pour les différencier des céphalées fausses, on en est réduit d'abord à invoquer un caractère seulement négatif en disant qu'elles ne relèvent ni de névralgies ni de lésions osseuses; en second lieu, à arguer de ces deux attributs : 1° qu'elles sont plus diffuses, plus généralisées que les céphalées fausses; 2° qu'elles sont plus profondes.

Il semble bien, en effet, résulter des sensations accusées par le malade qu'elles dérivent d'une origine intracrânienne, d'une sorte d'encéphalalgie.

Mais tout cela est bien vague. Où résident, en somme, les céphalées vraies? Sont-elles d'origine méningée, cérébrale, vasculaire, ou toute autre? Je le répète, on l'ignore.

Voyons cependant quelles sont ces céphalées vraies.

Cliniquement, on peut en reconnaître de trois espèces :

1° La céphalée secondaire;

2° La céphalée symptomatique des lésions encéphaliques;

3° La céphalée parasyphilitique provenant de l'hystérie et surtout de la neurasthénie.

Décrivons tour à tour ces divers types qui, en raison de leur fréquence extrême et de leur haute importance, en tant que symptômes cliniques, demandent à être étudiés avec soin et doivent être connus du praticien.

(*A suivre.*)

REVUE DE DERMATOLOGIE

Etude sur le chancre syphilitique du rectum,

par le Dr Célestin Verceau.

L'auteur a réuni un certain nombre de faits, d'où il conclut à l'existence indiscutable du chancre spécifique du rectum. Ce chancre est distinct du chancre ano-rectal. Si on ne rencontre pas plus souvent le chancre syphilitique rectal, c'est qu'on néglige de le rechercher; on doit, dit l'auteur, toujours examiner le rectum d'un malade qui est sous le coup d'une syphilis récente et chez lequel on ne découvre point l'accident initial. Un des caractères particuliers de cette lésion est de ne point être indolente.

Etude sur une lésion papillaire de la langue,

par le Dr M. Pazzola.

L'affection étudiée dans ce travail a son siège exclusif dans la région de la langue occupée par les papilles piliformes, et, seules, ces papilles sont lésées. La lésion consiste probablement en une névrite des terminaisons nerveuses dans ces papilles. Le pronostic en est toujours favorable si on a soin d'appliquer à cette affection le traitement consistant à détruire par le galvano-cautère le tissu lésé.

Contribution à l'étude des éruptions chloraliques,

par le Dr Joseph Chapon.

On peut observer, à la suite de la médication par le chloral, dit M. Joseph Chapon, une éruption qui présente diverses formes : forme érythémateuse; forme papuleuse forme ortiée; forme vésiculeuse; forme pétéchiale. D'après l'auteur, le diagnostic est en général facile à faire. Ces éruptions médicamenteuses seraient peut-être, en raison même de l'insuffisance fonctionnelle du rein, plus fréquentes dans le mal de Bright que dans toute autre maladie. L'auteur conclut que chez tout individu réputé sain, une éruption médicamenteuse doit provoquer une enquête sérieuse sur la fonction rénale. Comme cause prédisposante, on peut invoquer l'idiosyncrasie; comme cause déterminante, il faut, dit l'auteur, incriminer avant tout l'alcool, les boissons chaudes et les repas.

Essai sur le diabète sucré syphilitique,

par le Dr Louis Charnaux.

M. Charnaux présente quelques observations démontrant que le diabète sucré reconnaît parfois comme cause la syphilis et principalement la syphilis tertiaire. On peut lui distinguer deux modes pathogéniques :

a) Les lésions nerveuses spécifiques (diabète nerveux);

b) Les altérations syphilitiques du pancréas (diabète pancréatique);

c) Et dans certains cas, la syphilis chez des sujets prédisposés au diabète (diabète para-syphilitique). Le diabète para-syphilitique se rapproche du diabète arthritique, tandis que l'allure des deux autres diabètes est rapide et subordonnée d'ailleurs dans son évolution et dans son aspect clinique aux lésions concomitantes et génératrices.

On peut instituer uniquement le traitement spécifique dans les diabètes syphilitiques nerveux et pancréatique. Mais, dans le diabète para-syphilitique il semble préférable d'y joindre aussi le traitement du diabète simple.

Il est donc de grande importance de reconnaître de bonne heure la nature syphilitique de ces diabètes au double point de vue du pronostic et du traitement.

De l'eczéma de la moustache; ses rapports avec les affections nasales,

par le Dr Louis Marchand.

Les eczémas de la moustache exigent un traitement général destiné à combattre les troubles de la nutrition et un traitement local consistant à empêcher le flux nasal d'irriter constamment la lèvre, et à soigner la lésion de la peau proprement dite. Il faut tâcher d'éviter les récidives par la guérison des lésions nasales.

Cette affection de la moustache reconnaît pour cause locale un écoulement nasal et pour cause générale diverses dyscrasies. Bazin la décrit sous le nom de « mentagre pustuleuse »: Hébra lui donne le nom d'« eczéma sycosiforme »

et Besnier celui d' « eczéma récidivant de la lèvre supérieure ».

Les écoulements nasaux qui s'accompagnent le plus souvent d'eczéma de la moustache sont dus, par ordre de fréquence, au coryza chronique et surtout à sa variété. la rhinite hypertrophique; aux déviations de la cloison, aux polypes muqueux et à l'empyème du sinus maxillaire.

De l'arthrite blennorrhagique chez l'enfant,

par le Dr Joseph Vignaudou.

La conclusion que l'auteur tire de son étude est que l'arthrite blennorrhagique, qui s'observe chez l'enfant, est chez lui relativement fréquente ; qu'elle peut apparaître à tout âge ; qu'elle reconnaît deux modes étiologiques : l'ophtalmie (presque toujours chez les nouveau-nés) et la vulvo-vaginite ; que le gonocoque de Neisser a été très souvent cherché et trouvé dans les sécrétions purulentes de la vulve ou de la conjonctivite. Le pronostic enfin est plus *bénin que chez l'adulte.*

Du tatouage; différents procédés de destruction des tatouages,

par le Dr Marcel Bailliot.

M. Marcel Bailliot considère que le détatouage peut rendre de grands services à la Société et est un acte de philanthropie. Le détatouage est, du reste, une opération facile et qui, basée sur des données scientifiques, pourra très bien rentrer dans la pratique courante.

L'opération, basée sur l'attrition assez profonde des tissus et l'emploi d'un agent escharotique, a pour but de substituer à des dessins préexistants, qui sont souvent gênants et tout à fait inutiles, une cicatrice minima.

Les procédés les meilleurs sont :

1° Le détatouage par piqûres avec tannin en poudre et crayon de nitrate d'argent;

2° Le détatouage par piqûres avec le bioxalate de potasse.

Des dermopathies blennorrhagiques,

par le Dr Louis Bergeron.

La blennorrhagie, maladie générale infectieuse, peut présenter des complications locales et des complications à distance. Dans ce dernier groupe rentrent les éruptions cutanées survenant en dehors de toute médication. Ces dermopathies blennorrhagiques sont exceptionnelles; elles n'ont pas de caractère précis; ce sont des éruptions polymorphes, rubéoliformes, scarlatiniformes, etc., survenant en général dans le cours de la blennorrhagie et s'accompagnant de phénomènes généraux plus ou moins intenses. Leur pathogénie est complexe. L'auteur rejette la théorie de la coïncidence, il ne pense pas que l'on puisse attribuer l'érythème blennorrhagique à la gonobémie de par l'absence de gonocoques dans le sang et dans les liquides articulaires, et croit plutôt à la théorie dite réflexe. Il s'agirait donc d'érythèmes angio-nerveux.

Le diagnostic est en général facile, cependant au début il faut songer aux fièvres éruptives; mais le diagnostic d'avec l'érythème copahiuique est beaucoup plus délicat et devient même à peu près impossible lorsque l'éruption survient chez un malade qui a absorbé du copahu.

De l'érythème noueux secondaire,

par le Dr Joullié.

L'auteur termine son intéressant travail par les conclusions suivantes résumées :

A côté de l'érythème noueux primitif, il existe un érythème noueux, secondaire à un grand nombre d'affections. Cet érythème est d'origine soit nerveuse, soit toxique, soit surtout infectieuse. Il semble que, dans la plupart des cas, l'érythème soit dû à une infection secondaire. Sa production serait due alors soit au streptocoque, soit à d'autres microbes pathogènes isolés ou associés au streptocoque. Ces microbes agissent soit directement sur la peau, soit par leurs produits de sécrétion. Les maladies, dans lesquelles on a surtout noté l'érythème noueux, sont la diphtérie, la septicémie, la blennorrhagie, la syphilis et la tuberculose.

De l'œdème dans le purpura,

par le Dr Maurice Adam.

Voici les principales considérations discutées par l'auteur :

Il constate tout d'abord que le purpura s'accompagne quelquefois de poussées d'un œdème mobile, fugace et multiple, blanc, dur, douloureux ou indolent, semblable à l'œdème des brightiques ou bien rosé, avec traînée de lymphangite, semblable au pseudo-phlegmon des arthritiques.

Cet œdème siège le plus souvent au front, aux paupières, aux membres, à la région pectorale, aux organes génitaux et non point nécessairement au même endroit que le purpura. Il disparaît vite et se termine le plus souvent par résolution, rarement par gangrène.

Dans ces cas, on n'observe jamais d'albuminurie, l'œdème ne s'explique que par dyscrasie sanguine, cachexie, maladie cardiaque ou rénale. C'est un œdème essentiel comme le purpura, explicable par des altérations nerveuses et recevant la même interprétation pathogénique que le purpura myélopathique.

Il semble qu'il faille chercher sa raison d'être plus haut dans l'arthritisme qui produit des œdèmes semblables, dits rhumatismaux, mais sans purpura. L'œdème peut faire prévoir une atteinte ultérieure de purpura. On ne le confondra pas avec tous les œdèmes cachectiques qui peuvent s'accompagner eux aussi de purpura. Dans un cas c'est le purpura passif et dans l'autre c'est le purpura actif.

A L'ÉTRANGER

ALLEMAGNE

Cancer primitif du cholédoque.

Au moment où la chirurgie du cholédoque est à l'ordre du jour à la Société française de chirurgie (Voir *Gazette Médicale* des 4 et 11 mai 1895) il est intéressant de rapporter les cas pathologiques qui peuvent nécessiter des interventions sur ce canal.

Parmi ces cas, le cancer, quelque rare qu'il soit, mérite d'être cité. L'observation récente de M. Deetjen (*Deutsches Arch. f. klin. Med.*, LV,) ajoute de l'intérêt à cette question.

Il s'agissait d'un carcinome, situé dans le canal cholédoque, au niveau de sa portion terminale, de telle sorte que l'ampoule de Vater formait une véritable petite tumeur. La lumière du canal complètement oblitérée s'opposait au cours de la bile.

Il n'est pas facile de porter le diagnostic de cancer primitif du cholédoque. Le malade de M. Deetjen, âgé de 62 ans, fut malade deux mois seulement avant d'entrer à l'hôpital. Il n'eut alors ni douleurs, ni troubles digestifs, et se plaignit simplement d'une grande faiblesse. Bientôt apparut un ictère qui augmenta progressivement d'intensité.

Le malade succomba trois mois et demi environ après le commencement de sa maladie : l'ictère était intense, les gardes-robes décolorées, le foie peu augmenté de volume ; il y avait eu, avant la mort, des hématémèses et des mélæna.

On le voit, cette symptomatologie est simple : ictère progressif, faiblesse générale, sans tumeur dans l'épigastre. Néanmoins, s'il est possible de ne pas confondre, parfois, le cancer primitif du cholédoque avec un ictère par rétention, le diagnostic est plus difficile quand il s'agit d'un cancer du pancréas comprimant le cholédoque. Ici, toutefois, on peut percevoir la présence d'une tumeur dans l'épigastre et il existe de la douleur. Les symptômes hépatiques, légère hypertrophie, dilatation du vésicule biliaire, sont identiques dans les deux cas.

ITALIE

Du diagnostic de l'origine des épanchements.

Rivalta estime qu'il est facile de reconnaître la nature d'un épanchement et de voir s'il est ou n'est pas d'origine inflammatoire. Il se base sur une réaction chimique d'une réelle simplicité et que l'auteur juge supérieure aux autres procédés employés jusqu'à ce jour, comme la détermination du poids spécifique et la teneur en albumine ou en azote du liquide sur lequel portent les recherches. Le principe de la méthode est celui-ci : l'acide acétique détermine dans les exsudats séreux inflammatoires la formation d'un précipité caractéristique soluble dans un léger excès d'acide, tandis que ce précipité ne se produit pas dans les épanchements non inflammatoires. Voici maintenant la technique : on verse 200 grammes d'eau distillée dans un grand verre à expérience et on ajoute deux gouttes d'acide acétique. On y fait tomber une goutte de l'épanchement qu'on veut examiner. Si cet épanchement est inflammatoire, la goutte du liquide en descendant au fond du verre fait une strie blanc-bleuâtre, et chaque nouvelle goutte de l'épanchement inflammatoire produit le même phénomène. Aussitôt qu'on met dans le verre une petite quantité d'acide acétique anhydre en excès, le précipité qui s'était formé disparaît.

Emploie-t-on, d'autre part, ce procédé avec un épanchement non inflammatoire, on a constamment un résultat négatif.

L'expérience, comme on le voit, se fait facilement, et peut rendre de grands services. Ainsi l'on saura aisément, en présence d'une ascite d'une nature suspecte, si celle-ci est simplement hydropique ou bien tuberculeuse. Et cette méthode d'une exécution facile est d'autant plus utile que l'examen macroscopique du liquide ne fournit souvent aucune indication de valeur, et que les procédés employés jusqu'à présent ne mettent pas toujours à l'abri de l'erreur.

Coïncidence de pleurésie droite et de cirrhose atrophique du foie.

On sait que les affections abdominales supérieures ont souvent un retentissement sur la plèvre ; ainsi la coïncidence de péritonite et de pleurésie est loin d'être chose rare ; la preuve en est donnée par les cas de tuberculose pleuro-péritonéale. Ces faits sont d'ailleurs expliqués par l'anatomie depuis que Ranvier a montré l'existence de puits lymphatique au niveau du diaphragme. **Villani** (*Riforma med.*, mars 1895) vient de constater que, même dans le cours de la cirrhose atrophique, la pleurésie droite peut souvent être constatée, contrairement à une opinion assez uniformément répandue. L'épanchement trouvé dans ces conditions est fort variable comme quantité, mais, ce qui explique qu'il ait pu facilement passer inaperçu, et ce qui montre qu'il faut le rechercher avec soin, c'est que les symptômes habituels de la pleurésie, comme la fièvre, le point de côté, etc., font ici absolument défaut.

Villani va jusqu'à voir dans cette pleurésie un phénomène constant au cours de la cirrhose atrophique. Il lui attribue même un rôle assez important, car, à ses yeux, il aurait une grande valeur pour établir le diagnostic différentiel entre la cirrhose du foie ou toute autre cause de compression de la veine porte. On sait, en effet, combien le diagnostic de la cirrhose atrophique est parfois douteux, et on comprend que le moindre signe qui vienne l'éclairer ait sa valeur. Ici d'ailleurs le signe révélateur est assez facile à reconnaître, mais il faut se rappeler que la pleurésie échappe parfois à l'auscultation et à la percussion, ou du moins que l'emploi de ces moyens laisse des doutes dans l'esprit du médecin ; aussi ne doit-on pas hésiter à recourir à la ponction exploratrice aseptiquement faite.

Villani insiste encore sur un autre point assez inattendu et qui offre un grand intérêt. Au cours des lésions cardiaques arrivées à la période d'asystolie, on remarque parfois un épanchement pleurétique limité au seul côté droit. Pour l'auteur, il faudrait en trouver l'origine dans le foie, ordinairement altéré dans son parenchyme et sa capsule chez les gens ayant succombé après des attaques d'asystolie répétées.

SUISSE

Sur l'opérabilité du cancer.

Au dernier Congrès des médecins suisses tenu à Lausanne le 4 mai 1895, **M. Roux** (de Lausanne), après avoir assimilé l'évolution du cancer à l'évolution de la tuberculose, a discuté son opérabilité et insisté, avant tout, sur ce fait qu'il importait d'attaquer le cancer au début avec la même énergie que l'on a coutume d'apporter contre la tuberculose. Les anciennes statistiques doivent leur imperfection à des interventions trop tardives. C'est encore parce que l'on intervient trop tard, aujourd'hui, que les statistiques ne présentent pas toutes les garanties désirables.

M. Roux pose donc en principe qu'il faut opérer le cancer dès que le diagnostic est assuré, et ne pas négliger l'ablation des ganglions, même quand ils sont sains en apparence.

A l'appui de son dire, M. Roux a cité ses statistiques personnelles concernant les cancers du sein, de l'utérus et du tube gastro-intestinal. On ne saurait douter, enfin, que l'opération précoce prévienne les récidives, puisque l'on obtient des guérisons malgré les conditions déplorables où l'on opère quelquefois.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 29 mai. — Présidence de M. THÉOPHILE ANGER.

Anesthésie par l'éther.

M. Poncet (de Lyon). — C'est avec une certaine émotion et un vif plaisir que j'ai vu soulever devant la Société de Chirurgie la question de l'anesthésie par l'éther. J'estime qu'il est de mon devoir de vous faire part de mon expérience personnelle à ce sujet.

J'ai, en effet, été élevé par mes maîtres dans l'éthérisation et j'y suis resté. Mon expérience date de vingt-cinq ans. Je n'exagère pas en disant que j'ai fait, fait faire ou vu faire près de 25,000 anesthésies par l'éther. Je me crois donc en droit d'apporter ici quelques réflexions, de comparer l'anesthésie obtenue par l'éther à celle que donne le chloroforme, et de vous dire enfin quelles sont, pour moi, les contre indications de l'éther ; car, tout partisan que je sois de cet agent anesthésique, je lui reconnais, néanmoins, des inconvénients et des dangers.

Je n'insisterai pas sur les statistiques des anesthésies publiées et que l'on a déjà rapportées au sein de la Société. Il en résulte que tous les accidents consécutifs à l'emploi de l'éther ont été partout moins graves et moins fréquents que les accidents dus au chloroforme. D'après les chiffres publi s à Berlin, il y aurait en moyenne un cas de mort sur 6,000 éthérisations contre un cas de mort sur 3,000 chloroformisations environ. J'en arrive à dégager, de là, le fait de l'incontestable supériorité de l'éther sur le chloroforme et ma conclusion est appuyée par les statistiques des chi-

rurgiens suisses, américains et français, aussi bien que par celles des chirurgiens allemands.

Néanmoins, je sais que l'éthérisation peut s'accompagner de sérieux accidents. Mais ce sont des accidents qui n'éclatent pas à l'improviste, je tiens à le dire tout de suite, contrairement aux accidents du chloroforme qui suppriment tout à coup le malade par l'arrêt du cœur. C'est surtout l'appareil respiratoire qui est atteint au cours de l'administration de l'éther. Mais ces accidents respiratoires sont curables, et je dis en passant que la trachéotomie d'urgence, pratiquée dans quatre cas de ce genre, m'a donné de très heureux résultats, et m'a permis de ramener à la vie des malades anesthésiés par l'éther, lesquels semblaient ne plus vivre depuis des temps variant d'une demi-heure jusqu'à une heure et demie. Deux de ces faits ont été relatés dans la thèse de mon élève, M. Gerhaud.

J'ai eu un cas de mort par l'éther en 1880. Il s'agissait d'un enfant atteint d'ostéo-arthrite du con-de-pied. L'autopsie révéla des lésions cardiaques considérables. Il est donc probable que, dans ce cas, le malade n'était pas mort du fait de l'éthérisation, mais bien du fait de l'anesthésie.

Je vous ai déjà dit que la trachéotomie m'avait permis de ramener à la vie quatre malades que l'éthérisation semblait devoir complètement asphyxier.

Je ne méconnais donc, d'après tous ces faits, ni les dangers, ni les inconvénients de l'éthérisation, et je pense que dans certains cas on doit préférer le chloroforme à l'éther.

Voici, à mon avis, quelles sont les contre-indications de l'éthérisation; elles relèvent de deux ordres de fait : le premier, c'est l'âge du malade. Jusqu'à l'âge de 14 ou 15 ans, je suis d'avis de ne jamais donner d'éther, mais d'employer, de préférence, le chloroforme. Cette manière de voir est basée sur mes observations propres et sur le sentiment de la plupart de mes collègues. Nous savons tous, en effet, combien les mucosités, abondantes au cours de l'éthérisation, s'accumulent dans l'appareil bronchique et donnent lieu à des accidents asphyxiques, surtout lorsque les enfants sont atteints de trachéo-bronchite. Je supprime de même l'usage de l'éther pour les vieillards catarrheux ou emphysémateux, sujets aux affections broncho-pneumoniques graves qui les emportent presque fatalement.

Dans les deux cas, ces accidents sont-ils dus à l'éther seul? Je ne le crois pas et je pense que le froid doit entrer ici en ligne de compte pour une grande part. Chez les vieux catarrheux donc, je préfère opérer sans anesthésie ou bien injecter quelques centigrammes d'une solution de cocaïne.

La seconde contre-indication dont je veux parler a trait à l'inflammation facile des vapeurs d'éther au contact des flammes, surtout quand on opère dans une salle petite et dans le courant de la nuit. Je n'emploie jamais l'éther la nuit et j'ai été témoin de brûlures assez graves pour justifier cette conduite.

Je crois, de plus, que quand on donne de l'éther pour opérer dans la région cervicale, il importe de doubler de vigilance vis-à-vis du malade. Est-ce parce que l'on opère dans la zône des nerfs bulbaires comme l'avait pensé Duret ?

Je ne le sais pas. Je ne sais pas davantage, parce que je n'en ai aucune expérience, si de semblables soins sont nécessaires quand on fait usage du chloroforme.

Quel est le traitement des accidents de l'éthérisation ? Je vous ai déjà dit combien la trachéotomie était utile, je n'y reviendrai pas.

Quant à l'usage de l'anesthésie mixte, je n'en suis nullement partisan, et je pense qu'il faut employer l'éther seul, sans adjuvant. Je rejette, de plus, les injections d'atropomorphine que font certains chirurgiens avant de commencer l'anesthésie. Je crois qu'il faut leur imputer de nombreux méfaits.

Je veux maintenant vous dire mon opinion sur les appareils inhalateurs d'éther. M. Chaput, dans sa communication qui a soulevé ce débat, a vanté l'appareil de Landau. C'est un appareil en caoutchouc; or, le caoutchouc s'altère rapidement par l'éther, l'éther le dissout. Il y a là de sérieux inconvénients. A Lyon, j'employais autrefois le *bonnet bleu* de Roux. Il est, comme vous savez, composé de deux gaines : l'une, externe, est une coiffe en étoffe; l'autre, interne, fixée à la précédente, est une simple vessie de porc. Au fond de ce double sac, dont un serre-nœud rend la ressemblance facile avec un « ridicule » de dame, on met une éponge entonrée d'un linge : c'est sur elle que l'éther est versé.

Quant à l'ouverture latérale du sac, elle était destinée, dans la pensée de Jules Roux, à permettre l'entrée de l'air en cas d'accident et non à verser l'éther dans le bonnet, comme je l'ai vu faire quelquefois.

On verse donc l'éther en renversant le bonnet qui recouvre le visage du malade, et on le verse par rasades. Le malade doit s'endormir de lui-même en approchant progressivement le bonnet de son visage et en passant de la respiration de l'air à la respiration de l'éther. Mais, l'appareil de Jules Roux, me paraissant cher et difficilement stérilisable, j'ai cru devoir parer à ses inconvénients en le modifiant de la façon suivante : le sac interne, c'est-à-dire la vessie de porc, est mobile dans mon appareil; le sac externe est fait d'étoffe vulgaire, mais solide; il n'y a, enfin, ni serre-nœud, ni ouverture latérale. Il est donc facile de laver à l'alcool la vessie mobilisable. Quant à la coiffe externe son nettoyage ne souffre aucune difficulté. Le tout coûte le meilleur marché possible.

En résumé, messieurs, j'ai dit ce que je pensais de l'éthérisation et je conclus en déclarant que, tout en reconnaissant ses inconvénients et en y parant comme je vous ai dit, j'en reste un fidèle partisan.

M. Lucas-Championnière. — J'ai peu de cas d'éthérisations à mon actif pour me permettre de poser ici des conclusions formelles. Mais j'en ai suffisamment pour faire quelques comparaisons valables entre l'éther et le chloroforme.

Comme M. Segond (Voir *Gazette Médicale* du 25 mai 1895) je crois qu'il ne faut pas accepter d'emblée tout ce que viennent nous dire, sur l'éther, les chirurgiens qui n'emploient que cet anesthésique. A les entendre, on pourrait croire que tous les chirurgiens qui nous ont précédé ont été ridicules en ne l'utilisant pas d'une manière exclusive.

Je suis content de voir M. Poncet déclarer qu'il trouve des contre-indications nettes à l'emploi de l'éther. Il défend l'emploi de l'éther chez les enfants et chez les vieillards. Voilà déjà une bonne moitié de nos opérés mis de côté quant à l'éther. Mais est-il vrai de dire que la mortalité par le chloroforme soit supérieure à la mortalité par l'éther? Pour moi, depuis que je fais de la chirurgie, je suis resté jusqu'il y a deux ans sans voir un seul cas de mort par le chloroforme. Depuis j'en ai vu deux dont un ne doit pas compter. Je conserve donc un certain faible pour le chloroforme.

Et puis, il y a dans l'éther un inconvénient que je ne vois signalé par personne, mais qui, je ne crains pas de le dire, est pour moi d'une certaine importance. Il s'agit de l'effet de l'éther sur l'opérateur. Je suis toujours fortement incommodé par l'éther quand je le fais donner à mes opérés. Je tousse pendant deux jours régulièrement. Ce fait a quelque valeur.

Au point de vue des vomissements, tout mon personnel d'hôpital me dit, sans idée préconçue, cela va de soi, que les malades vomissent tout autant quand ils ont reçu de l'éther que quand on leur a administré du chloroforme. Ma surveillante ajoute même ces deux observations dont je tiens un certain compte : après l'éthérisation, l'excitation secondaire est beaucoup plus forte, la soif est plus grande et de plus longue durée.

Néanmoins, je reconnais, comme tout le monde, que le danger est moins grand quand on donne de l'éther; cela ressort de la facilité même avec laquelle il peut être donné. De plus l'élimination de l'éther semble se faire plus rapidement que celle du chloroforme, autant que l'anesthésie, d'ailleurs, ce qui n'est pas un mince avantage dans un service hospitalier actif.

Mes conclusions sont donc en faveur de l'anesthésie mixte, grâce à laquelle on tempère les accidents du chloroforme par la bénignité de l'éther et réciproquement. C'est la méthode que je tiens à préconiser. parce que je verrais avec regret disparaître l'emploi du chloroforme et que je tiens à utiliser les bienfaits de l'éther.

M. Quénu. — J'ai eu, autrefois, comme interne, M. Carel qui, sortant du service de Julliard, m'engagea à utiliser l'éther comme anesthésique. Pendant quatre mois, j'ai donc donné systématiquement de l'éther à tous mes opérés. Puis je suis retombé dans mes anciennes habitudes, au départ de mon interne. Les remarques, que ces essais me permettent de faire, sont absolument semblables à celles de M. Lucas-Championnière. Au point de vue des vomissements, il n'y a eu aucune différence de nombre ni de durée après l'anesthésie. Quant aux avantages retirés, ils ne paraissaient pas très importants.

Actuellement, je réserve l'usage de l'éther pour les deux sortes de cas suivants : d'abord, pour les opérations rapides, telles que des ouvertures d'abcès ; puis, chez des malades affaiblis, dont le système nerveux est affaissé comme il arrive souvent, nous le savons, au cours des affections rectales et péri-rectales, par exemple. J'emploie aussi l'éther pour une opération secondaire, telle qu'une occlusion intestinale consécutive à une laparotomie.

Je ferai maintenant quelques objections à M. Poncet. Il semble, d'après lui, qu'il y ait antithèse entre les accidents de l'éther localisés uniquement dans l'appareil respiratoire, et les accidents du chloroforme localisés uniquement dans le cœur. Mais le chloroforme, selon moi, provoque des accidents pulmonaires, tout comme l'éther, chez les enfants notamment, surtout lorsqu'ils sont enrhumés. J'en ai eu maints exemples au dispensaire Pereire. Il ne s'ensuit pas, toutefois, que je refuse de donner du chloroforme aux enfants, et, dans le même ordre d'idées, je ne comprends pas que M. Poncet dise qu'il faille supprimer l'emploi de l'éther chez les enfants. Chez eux, les accidents doivent être mis tout simplement sur le compte d'affections pulmonaires concomitantes.

Quant aux injections préalables d'atropomorphine, je les repousse, mais je conserve l'usage des injections de morphine pure surtout chez les sujets nerveux qui sont d'avance mal disposés pour l'anesthésie, de par leur état psychique, et chez lesquels la morphine, préalablement donnée, facilite l'anesthésie. Je crois donc qu'il est sage de ne pas la laisser de côté.

Cure radicale d'un prolapsus génital complet.

M. Pozzi. — Chez une femme arrivée à la période de la ménopause et qui avait un prolapsus génital complet, j'ai enlevé le col de l'utérus après avoir taillé un vaste lambeau sur la paroi antérieure du vagin et un lambeau plus petit sur la paroi postérieure, où le péritoine s'est très facilement décollé et surélevé sans courir aucun risque. Puis, j'ai obturé le moignon uterin préalablement désinfecté avec le thermocautère. J'ai ensuite fermé le fond du vagin et fait la colpopérinéorrhaphie. Je crois avoir obtenu ainsi un résultat durable.

De l'innocuité de la ligature des grosses veines.

M. Quénu. — Voici une malade atteinte d'adénite tuberculeuse du cou à laquelle j'ai extirpé des masses ganglionnaires. Au cours de l'opération, certains ganglions adhérents à la paroi de la jugulaire interne ont été la cause d'une plaie latérale de la veine au point d'abouchement de l'une de ses collatérales. Je n'ai pas hésité une seconde à poser sur la jugulaire interne deux fils à ligature. Ma malade a parfaitement guéri de son opération sans jamais présenter trace d'œdème.

Ce n'est pas la première fois que je fais pareille tentative. J'ai eu quatre cas semblables dans ma pratique. Trois fois même j'ai pu réséquer des segments de la jugulaire interne. Une fois je l'ai réséquée, sans trace d'accidents, depuis la fosse jugulaire jusqu'à la clavicule. Ce n'est pas tout. Les autres grosses veines de l'économie peuvent être traitées comme la jugulaire interne. J'ai dû réséquer, il y a quelque temps, un segment de la veine fémorale avec un segment de la veine fémorale superficielle et de la veine fémorale profonde, et, quinze jours seulement après cette opération, mon malade a présenté un léger godet d'œdème sur la face interne de la jambe.

M. Reclus. — Trois de mes observations me permettent de me ranger à l'opinion de M. Quénu. Mais je ferai observer que M. Verneuil a depuis longtemps soutenu l'innocuité de la ligature des grosses veines. Je me souviens toutefois d'un cas de ce genre, où, quinze jours après l'opération, une forte hémorrhagie emporta le malade sans qu'on pût jamais savoir pourquoi.

M. Quénu. — En faisant cette communication, je n'ai pas voulu m'attribuer le mérite d'une priorité. Je tenais seulement à apporter des faits corroborant les idées depuis longtemps défendues par M. Verneuil et m'élever contre des hérésies qu'on retrouve encore dans un travail de M. Maubrac et dans un article récent de M. Galliard. J. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 28 mai.

Intoxication par la viande de veau.

M. Vallin. — On sait que la viande de veau cause souvent la diarrhée, quand elle est trop jeune. C'est que, dans ces conditions, les veaux sont morts peu après leur naissance, frappés surtout par deux maladies infectieuses : septico-pyohémie aiguë ou chronique, consécutive à une phlébite ombilicale, et diarrhée septique ou pneumo-entérite infectieuse. On comprend donc que la prohibition de la viande des animaux atteints de ces diverses affections s'impose. A côté du charbon symptomatique et de la tuberculose ajoutés à la liste des maladies d'animaux contagieuses, il conviendrait d'insérer les maladies que je viens de citer.

De plus, si la loi défend la vente de viandes provenant d'animaux morts de maladies contagieuses, elle l'autorise si ces derniers ont été abattus avant la mort naturelle. Il y a là une tolérance tout à fait inadmissible, et qui ne peut s'expliquer. Enfin, la viande d'animaux morts de maladies contagieuses peut être livrée à la boucherie, si la maladie est peu avancée et si le vétérinaire déclare qu'elle ne rend pas la viande dangereuse pour l'alimentation. C'est là une distinction arbitraire et qui peut prêter à discussion.

C'est toute une question d'hygiène publique qu'il faudrait considérer avec grand soin, et qui a trait à la santé d'un grand nombre d'individus.

Vessie et uréthre surnuméraires.

M. Péan présente une jeune fille de 15 ans, atteinte d'incontinence continuelle d'urine depuis sa naissance. Sur la paroi antérieure du vagin, au delà du bulbe uréthral et de l'hymen, il trouvait une saillie médiane grosse comme une noix. Par la compression, l'urine sortait de cette saillie et cette urine s'écoulait à 3 millimètres sous l'urèthre normal. Cette poche urineuse, d'ailleurs, communiquait avec la vessie, ainsi que le prouvait le besoin pressant d'uriner accusé par la malade, quand on vidait cette poche du côté de la vessie. Cette poche était donc un diverticulum vésical et un urèthre surnuméraire, privé de sphincter, d'où incontinence d'urine.

M. Péan ouvrit l'uréthre et la vessie supplémentaires et les excisa. Depuis l'opération, la jeune fille est complètement guérie et n'a plus d'incontinence.

C'est là un exemple de duplicité congénitale de l'uréthre et de la vessie qui paraît unique dans la science.

La compression forcée dans la névrite traumatique.

M. Delorme présente un malade qui eut le pied droit perforé par une balle de fusil, au niveau du premier espace interosseux.

Une fois guéri, il souffrit au niveau des faces plantaire et dorsale des orteils et du pied, et même ne put plus marcher. Il y avait hyperesthésie des cicatrices dorsale et plantaire, vives douleurs par pression sur le musculo-cutané, le tibial antérieur et le sciatique. Enfin le pied avait une attitude vicieuse.

Le malade ne présentait aucun maladie capable de donner naissance à de la névrite périphérique : hystérie, alcoolisme, paludisme. Aussi se trouvait-on en présence d'une névrite traumatique. On lui fit de la compression localisée forcée, après anesthésie, et on le pansa. Les souffrances du malade étaient moindres à son réveil, et, quand on enleva son pansement ouaté au bout de six jours, les douleurs à la pression étaient nulles sur les points hyperesthésiés auparavant. Les mêmes manœuvres furent répétées sept jours plus tard, et elles permirent une marche assez facile. Enfin on fit une dernière séance de compression plus tard, et celle-ci aboutit au retour de la sensibilité normale. La guérison, complète à ce moment, s'est maintenue telle depuis à peu près trois mois.

De la variolisation.

M. Hervieux lit un travail, dans lequel il combat l'identité de la variole et de la vaccine. Il s'appuie sur les preuves expérimentales qui ne manquent pas sur cette question, et sur l'absence de transformation de vaccin en variole, même atténuée. Enfin, il fait remarquer qu'on n'a jamais cité d'épidémie de vaccine.

Un cas d'actinomycose.

M. Poncet présente un malade de cinquante-quatre ans atteint d'une actinomycose de la face et de la région temporo-maxillaire gauche. Il semble que l'infection se soit faite par l'intermédiaire de brins d'herbe, de paille, car le malade avait l'habitude d'en mâchonner assez souvent. Pendant longtemps on crut à un phlegmon simple d'origine dentaire ; mais bientôt apparurent différents abcès et une induration en plastron d'apparence sarcomateuse. La nature de la maladie, une fois reconnue, on donna au malade 4 grammes d'iodure de potassium par jour. Sous cette influence, l'actinomycose se résorba sans opération, comme l'aurait fait un syphilôme tertiaire.

M. Combe cite le cas d'un malade atteint d'un calcul volumineux de l'amygdale gauche ; la tumeur fut enlevée, et il fit avec M. Dubousquet-Laborderie le curettage et la cautérisation de la cavité amygdalienne où elle était contenue. Elle était formée de matières organiques unies à du phosphate et du carbonate de chaux. J. P.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 24 mai.

Sur le mécanisme de l'asystolie hépatique.

M. Hanot rappelle ses descriptions de l'asystolie hépatique, l'asystolie ne se manifestant alors que par la congestion hépatique. Les cardiaques ont toute leur asystolie dans le foie. Andral connaissait cette particularité. « L'engorgement du foie survit à l'exaspération des symptômes de la maladie de cœur. »

M. Mathieu, en 1883 (*Archiv. gén. de Médecine*), a montré que, chez les alcooliques, la congestion hépatique d'origine cardiaque prenait un développement plus considérable.

L'asystolie hépatique ne s'observe pas cependant uniquement chez les alcooliques et ne s'explique toujours pas par un état morbide du foie.

M. Hanot s'est demandé si elle ne dépendait pas d'un mode irrégulier d'abouchement des veines sus-hépatiques dans la veine cave inférieure. Ce mode d'abouchement peut être tel, comme l'a observé M. Parmentier, que le sang rétrograde s'engage plus facilement du côté des veines sus-hépatiques ; dans un cas observé par M. Parmentier, on voyait au niveau de l'embouchure des veines sus-hépatiques un golfe tel que la veine cave n'était rien auprès de lui. Dans un cas récent de M. Hanot, les veines sus-hépatiques, au niveau de leur abouchement dans la veine cave inférieure, forment trois gros troncs dont les diamètres réunis dépassent de plus de moitié le diamètre de la veine cave inférieure. D'autre part, les veines sus-hépatiques arrivent à la veine cave par un trajet oblique presque parallèle.

On conçoit donc facilement qu'à chaque régurgitation de l'oreillette droite, le sang s'engage en plus grande abondance dans les veines sus-hépatiques et presque aussi facilement et directement que dans la veine cave inférieure. De là la prédominance de la congestion hépatique.

La malade de M. Hanot avait une lésion mitrale congénitale ; peut-être la disposition spéciale des veines sus-hépatiques avait-elle une origine analogue.

M. Mathieu s'est contenté de montrer la fréquence de l'alcoolisme dans les manifestations hépatiques des cardiaques.

M. Hayem a vu, chez une malade de son service, une dilatation des veines sus-hépatiques analogue à celle signalée par M. Hanot.

Il ne croit pas que la congestion seule puisse amener la cirrhose ; dans ce cas, la muqueuse gastrique présente toujours des altérations chroniques à marche atrophiante.

M. Hanot. — M. Tapret a déjà montré que ce sont surtout les cardiaques dyspeptiques qui font de la cirrhose. Au Congrès de Rome, M. Monpurgo a dit, sous forme d'aphorisme : « La congestion ne néoforme pas ». Il faut d'autres facteurs : infections, intoxications.

La cirrhose s'observera chez les cardiaques dyspeptiques ou ceux dont le foie a été antérieurement touché. Quelquefois, il suffit d'une maladie infectieuse intercurrente pour déterminer la lésion chez les cardiaques anciens dont le foie était resté indemne jusqu'alors.

Il faut donc soigner les voies digestives des cardiaques ; le lait répond à cette indication.

Fausse névrose traumatique.

M. Rendu. — J'ai récemment fait quelques réserves à propos du diagnostic de névrose traumatique, porté par M. Dehove, chez un malade qu'il a présenté à la Société. Le fait suivant pourra les confirmer :

Un charpentier, dans une chute sur la tête, s'était fait une légère plaie de l'oreille et de la joue droites. Il n'eut pas de perte de connaissance, mais, quand il voulut se relever, il s'aperçut qu'il était paralysé du côté droit. Ce malade présentait, en outre, de l'anesthésie du même côté ; aussi je portai le diagnostic de névrose traumatique. Au bout de quatre jours apparurent des troubles de la parole et de l'engourdissement intellectuel. L'aphasie s'accentuant, je fis voir le malade à M. Routier qui ne jugea pas utile d'intervenir, mais, une attaque d'épilepsie jacksonienne le décida à trépaner le malade. On trouva du côté gauche une contusion du cerveau avec encéphalite (côté opposé à la lésion traumatique : loi de Duret).

Si, au lieu d'atteindre cette proportion, l'hémorrhagie n'avait produit qu'un piqueté de la substance cérébrale, on ne serait pas intervenu chirurgicalement, et le cas serait resté, à tort, dans les névroses traumatiques.

M. Siredey a trouvé, chez un homme mort de pneumonie traumatique, dans le cerveau, du côté opposé à la lésion des téguments, en bordure de la scissure de Sylvius, une large ecchymose en forme de fer à cheval ; il y avait un pointillé qui s'étendait aux fibres blanches, au-dessous de l'écorce. Cet homme n'avait eu ni paralysie, ni troubles intellectuels.

M. du Cazal rapporte une observation de fièvre intermittente tierce d'origine parisienne. Il y avait une hypertrophie considérable de la rate qui a cédé au traitement par le sulfate de quinine.

M. Netter présente un travail de M. Thue (de Christiania), sur l'étiologie des pleurésies. H. Méry.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 25 mai.

Dégénération ascendante du faisceau de Burdael par atrophie d'une racine cervicale postérieure.

M. Souques. — J'ai eu l'occasion de constater récemment une tache scléreuse accolée au bord interne de la corne postérieure, à la moitié postérieure de ce bord. Cette tache s'amincit et s'éloigne du bord interne de la corne postérieure à mesure qu'on fait des coupes plus élevées. Elle reste d'ailleurs cantonnée dans le faisceau de Burdael. Au bulbe inférieur, elle occupe le faisceau cunéiforme pour se perdre dans le noyau de ce faisceau.

Sous la septième cervicale, il n'y a pas de dégénération descendante; on ne voit rien de semblable à cette dégénération ascendante.

Dans la substance grise, on voit une raréfaction du réseau myélinique des cornes antérieure et postérieure droites, évidente au niveau de la septième et sixième racines cervicales, mais nullement appréciable au-dessus de cette région.

Aussi peut-on dire que la dégénération de la moelle consécutive à l'atrophie d'une racine cervicale appartient au type ascendant.

Nouvelles fibres de la région protubérantielle.

M. Luys montre des pièces anatomiques et des photographies qui mettent en évidence l'existence de fibres antéro-postérieures, stratifiées depuis la région des corps olivaires jusqu'au niveau de la protubérance. Sans avoir aucune certitude sur l'origine et la terminaison de ces fibres, M. Luys pense qu'elles ont une origine cérébelleuse et qu'elles constituent un mode spécial de distribution ultime intrabulbaire et protubérantielle d'une portion terminale du pédicule cérébelleux inférieur ou moyen.

Solubilité relative des ferments solubles dans l'alcool.

M. Dastre. — On dit que les ferments solubles ont la propriété d'être solubles dans l'eau, insolubles dans l'alcool. Mais ce fait n'est que relatif, et n'a pas la valeur absolue qu'on lui attribue. Ainsi la trypsine est soluble et encore active dans l'alcool à 44 0/0. Des faits semblables ont été signalés pour la ptyaline, la pepsine, l'amylase pancréatique, la myrosine, le ferment de la gaulthérie. Aussi dans les tentatives de purification des ferments solubles par solution dans l'eau et précipitation par l'alcool, comprend-on que la substance active diminue à chaque opération. Le ferment dans ce cas est extrait par l'alcool, mais non pas, comme on a dit, détruit par lui.

Phénomène diaphagmatique.

M. Féré. — Litten, le premier, a décrit, sous le nom de phénomène diaphragmatique, la diminution de l'amplitude de l'onde diaphragmatique du côté paralysé, chez les hémiplégiques. Ce phénomène est plus marqué dans l'hémiplégie infantile, où je l'ai constaté treize fois, que dans l'hémiplégie de l'adulte, où je l'ai observé trois fois; c'est ce qui m'a montré une statistique portant sur 16 hémiplégiques de mon service. Enfin, dans les cas d'hémiplégie infantile, ce phénomène peut même exister du côté non paralysé.

Examen des viscères d'un malade atteint de diabète pigmentaire.

M. Lapicque. — Les principaux viscères, et surtout le foie, contiennent dans le diabète pigmentaire un hydrate de peroxyde de fer, mais mes recherches ne m'ont pas permis de trouver du sulfure de fer ou du pigment organique.

M. Hanot. — J'ai vu le protoxyde de fer dans le foie de gens atteints de maladie bronzée, et l'ai signalé le premier; on l'a vu aussi chez les malariques, et je crois qu'on doit le rencontrer dans certaines cirrhoses. Aussi la présence du protoxyde de fer, qu'on peut voir dans des états dissemblables, n'a pas de valeur diagnostique. Je crois aussi que le foie contient des pigments d'origine purement organique.

Le philothion dans le règne végétal.

M. de Rey-Pailhade (de Toulouse) fait une communication sur le philothion, matière surhydrogénée, abondante dans le règne animal, se voyant aussi dans le règne végétal, mais manquant dans les graines sèches. Comme elle se développe les premiers jours de la germination pour disparaître ensuite, on peut la considérer comme l'agent chimique employé par la jeune plante pour absorber l'oxygène libre de l'air.

M. Féré cite l'observation d'une épileptique, brunisseuse de son métier, chez qui les accès sont précédés de mouvements de l'avant-bras et de la main qui rappellent ceux que la malade fait dans sa profession.

M. Delezenne (de Lille) dit avoir constaté l'absence de fibres motrices dans le pneumogastrique pour l'utérus et la vessie.

J. P.

ACTES DE LA FACULTÉ

DU 4 AU 8 JUIN 1895

EXAMENS

Mardi 4 juin. — 3e (2e partie, 1re série) : MM. Dieulafoy, Charrin, Roger. — 3e (2e partie, 2e série) : MM. Cornil, Raymond, Gilbert. — 5e Chirurgie (1re partie, 1re série), Charité : MM. Panas, Brun, Albarran. — 5e Chirurgie (1re partie, 2e série), Charité : MM. Bouilly, Campenon, Nélaton. — 5e (2e partie), Charité : MM. Jaccoud, Letulle, Ménétrier. — 5e Obstétrique (1re partie), Clinique d'Accouchements, rue d'Assas : MM. Budin, Polaillon, Bar.

Mercredi 5 juin. — 3e (2e partie) : MM. Fournier, Straus, Chauffard. — 5e Chirurgie (1re partie, 1re série), Hôtel-Dieu : MM. Delens, Reclus, Tuffier. — 5e Chirurgie (1re partie, 2e série) Hôtel-Dieu : MM. Monod, Kirmisson, Jalaguier. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu : MM. Potain, Joffroy, Gaucher.

Jeudi 6 juin. — 3e (2e partie, 1re série) : MM. Grancher, Marfan, Letulle. — 3e (2e partie, 2e série) : MM. Charrin, Hollopeau, Chantemesse. — 4e : MM. Proust, Pouchet, Marie.

Vendredi 7 juin. — 3e (2e partie) : MM. Hayem, Déjerine, Gaucher. — 4e : MM. Pouchet, Landouzy, Netter. — 5e Chirurgie (1re partie, 1re série), Charité : MM. Delens, Segond, Ricard. — 5e Chirurgie, (1re partie, 2e série), Charité : MM. Monod, Reclus, Sebileau. — 5e (2e partie), Charité : MM. Potain, Straus, Brissaud. — 5e Obstétrique (1re partie), Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Jalaguier, Varnier.

Samedi 8 juin. — 5e Chirurgie (1re partie, 1re série), Hôtel-Dieu : MM. Le Dentu, Humbert, Albarran. — 5e Chirurgie (1re partie, 2e série), Hôtel-Dieu : MM. Polaillon, Pozzi, Nélaton. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu : MM. Cornil, Ballet, Chantemesse. — 5e (2e partie, 1re série), Charité : MM. Laboulbène, Marfan, Marie. — 5e (2e partie, 2e série), Charité : MM. Dieulafoy, Gilbert, Roger. — 5e Obstétrique, (1re partie), Clinique d'Accouchements, rue d'Assas : MM. Budin, Ricbelot, Bar.

CHIRURGIENS-DENTISTES

Mercredi 5 juin. — 1er : MM. Delbet, Retterer, Sebileau.
Samedi 8 juin. — 1er : MM. Remy, Quénu, Poirier.

THÈSES

Mercredi 5 juin. — *M. H. Lévy* : De l'acide arsénieux employé à doses thérapeutiques dans son action sur la digestion et la nutrition (MM. Hayem, Landouzy, Brissaud, Netter). — *M. Dupont* : De la sciatique spasmodique (MM. Landouzy, Hayem, Brissaud, Netter). — *M. Sebileau* : Inutilité des injections vaginales pendant les suites de couches et dangers qu'elles peuvent même présenter dans certains cas (MM. Pinard, Marchand, Déjerine, Varnier). — *M. Plicot* : Contribution à l'étude de la pathogénie et du diagnostic de l'anémie pernicieuse progressive des femmes enceintes (MM. Pinard, Marchand, Déjerine, Varnier).

Jeudi 6 juin. — *M. Berthelin* : Complications hépatiques de l'appendicite (MM. Debove, Raymond, Ballet, Marie). — *M. Charcot* : Contribution à l'étude de l'atrophie musculaire progressive, type Duchène-Aran

66e Année. 9e Série. Tome II — N° 23 — 8 Juin 1895

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : Dr F. de RANSE — *Rédacteur en chef :* Dr Pierre SEBILEAU

Secrétaire de la Rédaction : M. Em. EMERY

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 28, rue Vignon

CLINIQUE MÉDICALE

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. LE DOCTEUR FOURNIER

Les céphalées syphilitiques.

Leçon publiée par M. E. Emery, interne du service.

(*Suite.*)

CÉPHALÉE SECONDAIRE

Celle-ci est ainsi dénommée, parce que c'est un symptôme par excellence de la période dite secondaire, et surtout plus spécialement des premières étapes de cette période, c'est-à-dire des 3, 4, 5, 6 premiers mois de l'infection.

Elle est extrêmement commune, mais bien plus commune chez la femme que chez l'homme. A ce point qu'elle constitue un symptôme presque usuel de la syphilis féminine, et souvent un symptôme important en raison des souffrances vives et quelquefois prolongées qu'elle inflige aux malades, tout spécialement dans les syphilis négligées, mal traitées ou non traitées.

Quels en sont les caractères cliniques ?

Un mot les résume. C'est un mal de tête, une douleur de tête, disons mieux une douleur dans la tête, c'est-à-dire une douleur *interne* ayant un caractère profond.

Douleur généralement étendue, étalée, souvent même presque générale, mais avec prédominance en certains points, en particulier le front, mais souvent la tempe et l'occiput.

Douleur variable comme forme de souffrance, qualité de souffrance, si je puis ainsi parler :

Tantôt gravative, consistant en pesanteur, alourdissement de la tête ;

Tantôt consistant en une sensation de pression que les malades traduisent en disant qu'ils ont la tête comme serrée dans un étau ;

Tantôt constituée par un mélange de sensations, de pesanteur et de martellement, c'est-à-dire, pour parler encore le langage des patients, de « coups de marteau dans la tête » ;

Tantôt lancinante ;

Tantôt, enfin, accusée par des sensations de déchirement, de dilacération « comme si le crâne allait éclater, se fendre ».

Comme intensité de douleur, il va sans dire qu'elle est très variable. On peut, à ce point de vue, lui assigner trois degrés. Dans un premier degré, elle est légère, supportable, sous forme d'une simple lourdeur de tête ; les malades se plaignent d'avoir la tête lourde, embarrassée, mais ils peuvent encore dominer, secouer cette douleur, vaquer à leurs occupations et dormir. Dans un second degré, moyen, elle est comparable, comme acuité douloureuse, à ce qu'est une migraine courante. Elle empêche alors le travail, notamment le travail intellectuel, elle alourdit l'esprit absolument et trouble le sommeil.

Enfin dans son degré intense, elle alite absolument les malades qui sont dans un état d'angoisse des plus pénibles, incapables de la moindre occupation, privés de tout repos, absorbés, anéantis, hébétés, voire abrutis par la violence de la douleur. Il est exceptionnel qu'elle dépasse ce degré en dehors des lésions cérébrales.

La douleur de tête est, tout naturellement, le grand phénomène de la céphalée secondaire, mais elle n'en est pas le seul. Et, en effet, à l'instar de toutes les souffrances de l'économie, elle ne laisse pas d'avoir un certain cortège de troubles associés, de troubles sympathiques, dont les plus usuels sont les suivants :

Diminution de l'appétit ; désordres digestifs ;

Malaise général, éréthisme nerveux et grande excitabilité ;

Quelquefois, troubles de la vue, tels qu'obnubilation passagère, comme il s'en produit par exemple dans les grands accès de migraine ; étourdissements, état vertigineux ;

Et surtout modification morale, d'une part ; d'autre part, incapacité fonctionnelle de l'intelligence. Ainsi, sous l'influence de ces grands maux de tête, les malades ne tardent pas à perdre leur entrain, leur vivacité habituelle. Ils deviennent moroses, tristes, alourdis, absorbés ; tout tra-

vail, et, naturellement surtout tout travail intellectuel, leur devient difficile, impossible même.

Ils ne vaquent plus à leurs occupations journalières, que d'une façon automatique, sous l'influence de l'habitude et de la routine. Ecoutez-les voir rendre compte de ce qu'ils éprouvent. Ils vous raconteront : « Qu'ils ne sont plus à leurs affaires; que, par instants, ils ne savent plus littéralement ce qu'ils font, qu'ils commettent des oublis, des méprises, etc. » Exemple : Une de nos malades, caissière dans un grand magasin de nouveautés, nous disait ceci :

« Depuis que j'ai ces affreuses douleurs de tête, je suis incapable d'établir un compte comme je le faisais autrefois. Pour dresser une simple facture je m'y reprends à plusieurs fois, incapable que je suis de faire une addition de tête et d'un coup d'œil comme j'en avais l'habitude ».

Une autre, occupée dans un magasin à débiter des coupons d'étoffe, ne faisait qu'égarer son mètre et se trompait sur les mesures.

Au point de vue de son évolution, la céphalée secondaire affecte deux types très inégaux comme fréquence, à savoir :

Un type intermittent ;

Un type continu, exacerbant.

Le type intermittent est infiniment plus commun, c'est le type presque exclusif des formes légères ou moyennes. C'est le type courant, usuel. Il consiste en ceci : apparition de la céphalée par crises espacées, entre lesquelles s'interpose un stade, où les symptômes douloureux disparaissent absolument.

C'est là ce que racontent quantité de malades, en nous disant : « Je souffre de la tête, mais je n'en souffre qu'à certains moments, à certaines heures; j'en souffre par accès, dans l'intervalle desquels je n'ai plus rien ».

Or, ici, intervient un fait des plus curieux, des plus communs, des plus connus, et dont, cependant, l'interprétation nous échappe encore absolument. C'est que les accès de la céphalée secondaire ne se produisent pas indifféremment à toute heure. Loin de là, ils ont leurs heures, leurs époques d'élection.

Ainsi, presque toujours, ils sont ou bien *vespéraux*, ou bien *nocturnes*, mais ils sont encore plus souvent vespéraux que nocturnes.

C'est vers la tombée du jour, à savoir vers cinq ou six heures de l'après-midi, qu'ils sont les plus fréquents. Ils se prolongent tout le soir et disparaissent la nuit; le lendemain matin, au réveil, il n'y paraît plus.

Puis, ce même lendemain, et toujours vers la même heure, le même accès se reproduit dans la même forme, de même encore pour les jours suivants.

De sorte que ces accès sont périodiques, en ce sens qu'ils apparaissent d'un jour à l'autre exactement à la même heure. A ce point que certains malades s'annoncent leurs accès en se disant : « Il est quatre heures et je ne sens rien; dans une heure ou deux heures, je serai «pris de la tête». Et leur prédiction s'accomplit à point nommé.

Second type. — D'autres fois, mais plus rarement, la céphalée secondaire est continue, exacerbante, c'est-à-dire que le malade souffre d'un mal de tête continu, permanent, mais qui s'exagère plus notablement par accès. En autres termes, il souffre constamment de la tête, mais plus ou moins suivant les heures.

Quand se produisent donc ces exacerbations de la céphalée continue?

Ici encore, reparaît la particularité curieuse que je signalais à l'instant, à savoir l'influence du soir et de la nuit.

C'est vers le soir, où au cours de la nuit que les douleurs redoublent sous forme d'accès parfois des plus pénibles, voire des plus violents.

La vérole est terrible la nuit, a-t-on dit; c'est la nuit surtout que la vérole afflige, torture, supplicie ses patients. Eh bien! cela qui est vrai pour nombre de manifestations syphilitiques, telles que les névralgies, les périostoses, les exostoses, etc., est plus vrai encore pour la céphalée, sur laquelle l'influence de la nuit est particulièrement nocive, exacerbante. Et ce qui est vrai pour la céphalée syphilitique en général est encore plus vrai pour la céphalée syphilitique secondaire que pour la céphalée des étapes plus avancées, par exemple de la syphilis prémonitoire des affections cérébrales.

Enfin quelle est la durée de cette céphalée secondaire?

Ici, nombreuses variétés et variétés de deux ordres : les unes, tenant à l'intervention ou à la non-intervention du traitement spécifique; les autres, toutes spontanées et relevant du genre morbide.

S'il est en pathologie quelque chose de démontré, de patent, d'irréfutable, c'est à coup sûr, comme j'aurai à vous le dire dans un instant, l'influence curative exercée par le traitement spécifique sur la céphalée secondaire. Donc les céphalées syphilitiques attaquées par le traitement durent peu, voire s'évanouissent à bref délai, tandis que celles qui ne sont pas soumises à ce traitement durent plus longtemps.

Mais à ne parler que de celles qui sont abandonnées à elles-mêmes, il est des unes aux autres de grandes différences comme durée.

Chez quelques malades, la céphalée disparaît en quelques jours, une semaine à deux semaines. C'est ainsi que maintes fois vous entendez des malades raconter qu'au début de leur syphilis ou dans les premiers temps, ils ont souffert de la tête pendant quelques jours, puis que cela est disparu sans traitement.

Plus habituellement, la céphalée persiste plusieurs semaines. Il n'est par rare qu'elle dure plusieurs mois avec ou sans accalmies interposées. J'ai vu nombre de femmes notamment, qui, par ignorance de la maladie dont elles étaient affectées, ont enduré, trois, quatre, cinq mois de suite des céphalées qu'elles taxaient de migraines, de rhumatismes, de névralgies.

Il est possible qu'elle se prolonge plus longtemps encore, mais avec des stades de rémission. Une de mes clientes, affectée d'une syphilis qui resta longtemps méconnue, m'affirmait avoir souffert de violents maux de tête pendant plus d'une année.

Diagnostic.

Alors même qu'on analyse le plus scrupuleusement possible les symptômes de la céphalée secondaire, on ne parvient à lui découvrir que deux particularités susceptibles de lui conférer quelque chose de spécial, à savoir :

1° Les exacerbations vespérales ou nocturnes ;

2° L'influence étonnante, extraordinaire, parfois carac-

téristique et décisive exercée sur elle par le traitement spécifique.

Mais les exacerbations vespérales ou nocturnes n'appartiennent pas en propre à la sypbilis. On voit, en dehors de la syphilis, des doulcurs très diverses, les névralgies, les rbumatismes, par exemple, subir des surcroîts d'intensité, d'acnité, par le fait de la nuit. Et, d'autre part, ces exacerbations vespérales ou nocturnes ne sont pas sans faire quelquefois défaut dans la syphilis ou sans être trop faiblement accentuées pour que le diagnostic puisse en tirer parti.

En sorte que, tout compte fait, l'influence thérapeutique du mercure et de l'iodure de potassium reste comme seul élément de diagnostic différentiel entre la céphalée secondaire et les autres céphalées.

Je ne crains pas de répéter que cette influence est bien souvent significative, formelle, décisive. Alors, par exemple, qu'on voit un mal de tête, longtemps rebelle à tout traitement, s'apaiser, puis disparaître « comme par enchantement » (le mot n'a rien d'exagéré) sous l'influence de la médication spécifique, impossible d'expliquer autrement que par la qualité spécifique de ce mal de tête sa disparition et sa guérison soudaines.

On a là, bien évidemment, un criterium, une véritable pierre de touche du caractère syphilitique de la céphalée.

Donc, voilà un signe et un bon signe de la céphalée secondaire. Oui, mais c'est un signe à postériori. C'est un signe dont tout naturellement on n'a pas à faire profit, alors qu'il s'agit d'instituer un diagnostic sur une céphalée encore vierge de tout essai de traitement spécifique.

Si bien qu'en de telles conditions le diagnostic de la céphalée secondaire reste singulièrement difficile, disons même impossible de par la constatation du scul symptôme accusé par le malade, et en l'absence de toute caractéristique spéciale afférente à ce symptôme. S'il fallait, pour instituer un diagnostic, et sur ce diagnostic un traitement, de par la seule considération du « mal de tête », il serait impossible de différencier la cépbalée secondaire de tant et tant de maux de tête de provenance absolument et radicalement étrangère à la syphilis, tels que la cépbalée urémique, la céphalée hystérique, la céphalée anémique, la céphalée rhumatismale, la céphalée nerveuse, ainsi que de nombre d'autres que j'oublie.

Mais, en clinique, l'on n'est jamais obligé de faire le diagnostic d'une maladie, d'une cause ou d'un état morbide, sur un symptôme isolé, pris et considéré individuellement.

Bien plus sûrement le diagnostic se fait sur un ensemble, sur un groupe de symptômes soit antérieurs, soit concomitants, sur une évolution, etc.

Eb bien ! c'est ici la ressource qui s'offre au diagnostic et qui va faire la lumière.

Et, en effet, un sypbilitique affecté de céphalée n'est pas un sujet affecté d'un symptôme unique, la céphalée.

Bien au contraire, c'est un sujet qui : 1° avant d'avoir eu la céphalée, a été affecté d'un chancre, d'un bubon, de quelques symptômes secondaires; 2° qui coïncidemment avec sa céphalée, au moment où il se présente à l'examen du médecin, offre le plus souvent quelque manifestation connexe de syphilis secondaire (sypbilides, plaques muqueuses, alopécie, croûtes du cuir chevelu, douleurs articulaires ou autres, etc.).

C'est là le cas usuel.

En sorte que, 18 fois sur 20 au minimum, le diagnostic de cépbalée spécifique ressortira de ces symptômes, ou antérieurs ou concomitants, et se fera sur cet ensemble morbide, d'une façon aussi sûre que simple.

En réalité donc, et à prendre les choses telles que les présente la pratique, une seule difficulté se présente et elle est relative aux cas de céphalée isolée, s'offrant au médecin comme symptôme unique, constituant le seul symptôme accusé par le malade.

Quelquefois, voire le plus souvent, on est tiré d'embarras par un interrogatoire précis, sévère, complet, aboutissant à mettre en évidence des antécédents spécifiques qui éclairent la situation et font la lumière.

Mais, d'autres fois aussi, l'interrogatoire, comme d'ailleurs l'examen le plus attentif, ne révèlera rien. C'est le cas des syphilis restées ignorées, méconnues. Et l'on sait que de tels cas ne laissent pas de se produire, chez la femme spécialement. En de telles conditions, la scène clinique se présente comme il suit : Un malade (ou plus souvent une malade) vient se plaindre à vous, je suppose, de maux de tête dont il souffre depuis un certain temps, maux de tête plus ou moins vifs, quelquefois très intenses. Vous recherchez le pourquoi de ces maux de tête, et naturellement vous mettez en cause la syphilis qui est si souvent coupable, et responsable de tels phénomènes.

Vous interrogez le malade, et rien de ses antécédents ne fortifie votre soupçon. Vous examinez, et vous ne trouvez rien qui ait trait à la syphilis. Et cependant, bien qu'injustifié par l'absence d'antécédents ou de symptômes actuels d'ordre spécifique, le soupçon de syphilis vous reste toujours à l'esprit. En pareille occurrence, à quoi allez-vous conclure comme diagnostic et comme traitement ? Voilà la question, question pratique s'il s'en fut, vous le voyez de reste. Eh bien ! en telle situation, il n'est je crois que deux choses à faire :

1° Eliminer par un examen méthodique et complet du malade les diverses espèces de céphalée pouvant être mises en cause ;

2° Cette élimination faite, tenter quand même le traitement spécifique.

Je m'explique. D'après moi, le *quid algendum* se résume en ceci. D'abord, passer en revue les diverses hypothèses possibles sur les qualités de la cépbalée en question et les exclure les unes après les autres, à supposer qu'il s'agisse d'une céphalée secondaire.

Ainsi, on exclura de la sorte :

La céphalée névralgique qui se différencie par une douleur à trajet anatomique spécial, à points spéciaux.

La migraine, qui se caractérise par des accès éphémères, séparés par de plus ou moins longs stades d'accalmie.

La cépbalée rhumatismale, ou rhumatisme épicrânien, qui est superficiel, musculaire, qu'exacerbent la pression et la contraction des muscles, que calme la chaleur, etc.

La céphalée anémique, qui diminue vers le soir, que calment les repas et qui s'atteste, d'ailleurs, par tous symptômes d'appauvrissement, d'affaissement général, d'hypoglobulie.

La céphalée neurasthénique qui se différencie de la cépbalée secondaire par ces caractères, à savoir, parce qu'elle est beaucoup moins douloureuse que la cépbalée secondaire, consistant plutôt en un embarras de tête qu'en

une véritable douleur de tête; qu'elle est surtout diurne; qu'enfin elle est permanente et infiniment plus durable.

Et ainsi de suite pour tant et tant d'autres céphalées, telles que la céphalée hystérique, la céphalée congestive, la céphalée urémique.

Puis, ces éliminations faites, revenir au soupçon de syphilis, bien qu'on n'ait constaté de syphilis ni comme antécédents, ni comme symptômes actuels, et prescrire quand même le traitement de la syphilis, au titre de pierre de touche, de critérium diagnostique en dernier ressort.

En nombre de cas, on a été conduit à procéder de la sorte en pratique; c'est ce qu'attesteraient nombre de témoignages insérés dans les annales de la science. Pour ma seule part, j'aurais tout un stock de cas de cet ordre à produire : Ecoutez seulement à titre de spécimen le suivant.

Une toute jeune veuve souffrait d'intolérables maux de tête, revenant par accès de quelques semaines depuis plus d'une année, et plusieurs médecins lui avaient prodigué, sans le moindre bénéfice, tous les remèdes en usage en pareil cas, à part, bien entendu, le traitement spécifique.

A propos d'une nouvelle crise de cette inexplicable céphalée, je fus mandé près d'elle par son médecin, qui commençait à avoir des soupçons. Les insuccès de mes devanciers n'étaient pas sans rendre ma tâche plus facile, je poussais donc mes recherches dans le sens de la syphilis, peine perdue! Nul symptôme de syphilis sur cette dame, nul stigmate suspect; nous n'en décidâmes pas moins, mon confrère et moi, d'instituer le traitement spécifique. Trois jours après, la malade dormait sans douleurs; quelques jours après, elle était guérie.

Donc, bien sûrement, sa céphalée était d'ordre spécifique. D'ailleurs, une syphili de palmaire, survenue quelques mois plus tard, vint à propos confirmer notre diagnostic. D'où ce précepte à enregistrer : alors qu'on ne trouve pas d'antécédents syphilitiques pour expliquer une céphalée que rien certes n'explique, se rappeler qu'il est de par le monde nombre de syphilis ignorées, et agir en conséquence.

Traitement. — Le traitement à diriger contre la céphalée secondaire est classique et connu de tous, c'est le traitement spécifique; il n'y a qu'un mot pour qualifier son action, celui de merveilleux, et cela à deux titres : 1° comme sûreté de résultat; 2° comme rapidité.

En quelques jours il fait justice des douleurs de tête; plus vive est la douleur, plus sensible est l'influence du remède. J'ai vu des céphalées dissipées en moins d'une semaine par le traitement spécifique.

Le mercure est ici le remède par excellence.

L'iodure, bien que très actif, est moins actif que le mercure.

Mais il est quelque chose de mieux que le mercure ou l'iodure, c'est l'un et l'autre. Rien ne vaut ici l'association des deux remèdes.

S'agit-il d'un cas léger ou moyen? On donnera de 5 à 10 centigrammes de proto-iodure.

1 à 2 grammes d'iodure de potassium. Comme Diday l'a bien établi, de petites doses d'iodure sont complètement suffisantes.

Ce n'est que contre les douleurs excessives qu'il faut agir d'une façon plus énergique, notamment en ce qui concerne l'iodure. On élèvera alors les doses de ce remède jusqu'à 4, 5, 6 grammes.

Enfin, dans les cas supérieurs encore comme douleur, dans les cas vraiment extraordinaires, où le déchaînement des souffrances accable, anéantit les malades et fait craindre de la syphilis cérébrale, il y a lieu de mettre en œuvre immédiatement un traitement intensif. C'est seulement à ce prix qu'on se rend maître de la situation. Ce qui paraît le mieux réussir en pareille occurrence, c'est l'association de l'iodure à haute dose aux injections de calomel.

En l'espèce, nous avons eu des réussites excellentes avec ceci : 1° injection de calomel de 10 centigrammes; 2° 10 grammes d'iodure comme dose quotidienne.

Mais inutile de dire que les cas de cet ordre sont tout à fait exceptionnels.

Divers autres remèdes ont été proposés pour le traitement de la céphalée, à savoir, sans parler de l'opium, actuellement délaissé, l'antipyrine, le sulfate de quinine, ou les deux associés, le chloral, l'aconitine dont le Dr Leroy (de Lille) dit s'être bien trouvé à la dose quotidienne de deux pilules de 1/2 milligramme;

L'atropine et le gelsemium, expérimenté avec quelque succès par le regretté Quinquaud.

Notons ces divers traitements pour en bénéficier dans certains cas, notamment dans les cas où la céphalée se montre rebelle au traitement spécifique, ou dans ceux où l'iodure de potassium est absolument intoléré, le chloral et l'antipyrine sont alors les remèdes les plus éprouvés pour servir d'auxiliaires au mercure.

Mais n'oublions pas que c'est le traitement mixte qui constitue en l'espèce la médication de choix, celle qui réussit presque à coup sûr dans la presque totalité des cas, celle par laquelle il convient toujours de débuter, celle qu'on peut appeler, en pareil cas, la médication par excellence.

(A suivre.)

ANALYSES BIBLIOGRAPHIQUES

Manuel de percussion et d'auscultation,

Par le Dr P. Simon.

Un petit ouvrage, comme celui dont le titre précède, est assuré de la faveur du public médical, simplement parce qu'il représente la condensation et le résumé des notions dont la connaissance est indispensable à la pratique de notre art. C'est un de ces livres qu'il faut avoir *vécu*, pour employer une expression moderne, si l'on veut devenir un médecin consommé. De fait, on n'a qu'à se rappeler le succès des ouvrages similaires, du *Précis d'auscultation* de Barth et Roger, du *Traité de diagnostic* de Racle, des *Etudes* de Grancher et Larigue, du *Manuel d'accouchement* de L. Pinard, pour comprendre que ces livres correspondent à un besoin réel, lequel s'impose successivement à chaque génération, celui de connaître les principes mêmes sur lesquels notre art est fondé, et les notions qui représentent le substratum obligé de toute éducation médicale sérieuse.

Toutefois, le livre de M. P. Simon ne fera pas double emploi avec ceux de ses devanciers, et il peut compter sur un succès personnel résultant de ses qualités spéciales. Il a en effet son individualité propre, qui résulte de la manière dont l'auteur a cru devoir comprendre et traiter son sujet, puis il est au courant des recherches modernes, il exprime les idées les plus récentes concernant le mécanisme et l'interprétation de phénomènes que nos prédécesseurs

avaient à peine entrevus, ou qu'ils n'avaient même pas soupçonnés. On trouvera la justification de cette dernière remarque à propos de certains chapitres, comme celui des souffles vasculaires, une question qui a été très remaniée depuis quelques années, et celui des souffles extra-cardiaques, un sujet véritablement nouveau, car il en est à peine fait mention dans les anciens ouvrages consacrés à la séméiologie du cœur. On sait l'importance que Potain accorde à cette dernière catégorie de souffles, l'impulsion qu'il a donnée à leur étude, et comment il a été amené à édifier de toutes pièces une théorie pour expliquer leur genèse et leur mode de production. Quelles que soient les réserves et restrictions que l'on puisse faire sur la valeur de cette théorie, il n'en est pas moins vrai que ce nouveau chapitre a conquis droit de cité en séméiologie, que désormais il s'impose, et c'est ce que M. le Dr Simon a compris, en exposant à son tour et en discutant les idées de l'éminent clinicien de la Charité. De même pour les souffles vasculaires, il a tenu compte des idées nouvelles et des interprétations spéciales qu'elles comportent. Par là, son livre est vraiment d'actualité, bien qu'il vise des notions élémentaires qui peuvent paraître au premier abord autant de vérités acquises, définitives, sur lesquelles il n'y a plus de discussion possible. Chacun pourra donc le lire avec profit, aussi bien le praticien, qui a tant d'occasions d'oublier, que l'étudiant, qui a encore tout à apprendre.

Traité médico-chirurgical de l'hépatite suppurée des pays chauds; — grands abcès du foie,

Par MM. Bertrand et Fontan, du corps de santé de la marine.

Au premier abord, on peut s'étonner que l'étude d'une maladie simple, comme l'hépatite suppurée, maladie d'ailleurs peu connue en Europe, où elle est une rareté, puisse fournir les éléments d'un volume de près de 700 pages. Et l'on se demande avec inquiétude ce que deviendrait la littérature médicale si pareil développement était donné à chacun des sujets qu'elle embrasse, tout au moins à ceux qui ont droit de figurer comme têtes de chapitre dans le grand livre de la pathologie. Pourtant on ne peut se plaindre ici de la longueur de l'ouvrage, d'abord parce que la lecture en est attrayante d'un bout à l'autre, ensuite parce qu'il traite une question d'importance majeure, une de celles qui ont le plus souvent préoccupé l'esprit des médecins familiarisés avec les difficultés de la pratique des maladies coloniales. Déjà, rien qu'en étudiant l'historique, en parcourant la liste des documents et des noms qui s'y rattachent, on peut se faire une idée de l'intérêt qui s'attache à cette question de l'origine des abcès du foie, de leur mécanisme intime, de leur mode de formation. Ici le désaccord a régné longtemps, et il devait en être ainsi tant que la batériologie, cette science de création récente, n'avait pas fait intervenir l'autorité décisive de ses constatations et de ses découvertes. Grâce à celle-ci, le problème est aujourd'hui résolu, selon MM. Fontan et Bertrand, qui se montrent ici novateurs audacieux en même temps que pathologistes convaincus. Mais leur opinion s'exprime trop affirmativement pour permettre le doute.

Ainsi nos deux auteurs n'ont pas hésité à faire table rase du passé, ils ont rejeté comme erronées ou insuffisantes toutes les anciennes théories concernant le rôle des causes spécifiques, de la dysenterie, de la phlébite, etc., et ils leur ont substitué une étiologie beaucoup plus simple, celle de l'origine microbienne vulgaire, qui trouve de la sorte une nouvelle et heureuse application. Déjà, à la fin du premier chapitre, après avoir montré la confusion des doctrines anciennes, ils disent: Le mot de l'énigme est évidemment dans la bactériologie; et ils ajoutent: Nous avons été des premiers à l'y chercher et à soutenir, contre les prétentions du parasitisme spécifique, celle du microorganisme pyogénique banal. Ces deux réflexions impliquent une véritable déclaration de principes, que, du reste, ils accentuent encore un peu plus loin, au chapitre de la pathogénie. « La bactériologie a prouvé que la suppuration est un processus-fonction de microorganismes » ... « Il y a donc lieu d'expliquer par la pénétration dans le foie et la pullulation des microbes pyogènes la genèse des abcès hépatiques de toute origine, les autres conditions étiologiques n'ayant d'autre rôle que celui de rendre possibles, dans l'organe préparé, l'invasion et la culture microbiennes. »

Voilà qui est parler clair; et c'est ainsi que, dès l'abord, la notion de spécificité se trouve délibérément écartée, pour faire place à une idée plus moderne, plus appropriée aux idées du jour concernant le mécanisme de toutes les inflammations suppuratives, quelles qu'elles soient. C'est à la démonstration de cette thèse que nos deux auteurs se sont attachés particulièrement, et on peut dire que c'est là que réside le côté original de leur œuvre commune. Car tout le reste, anatomie pathologique, clinique, a été décrit depuis longtemps, et il n'y a vraiment plus rien à y ajouter. En somme, il n'y a qu'une cause immédiate de la suppuration du foie, quelles que soient les circonstances dans lesquelles on observe celle-ci: c'est la pénétration dans l'intérieur de l'organe des microbes qui président d'ordinaire à la formation du pus, notamment du staphylocoque et du streptocoque, ces deux agents communs de la suppuration. D'ailleurs, cette pénétration peut manquer, et même dans le cas où elle a lieu, elle ne produit pas fatalement son effet habituel; les colonies microbiennes ne trouvent pas toujours dans le tissu hépatique un terrain favorable, puis elles peuvent périr, être détruites par l'action phagocytique des globules blancs en diapédèse. Ceci pour répondre aux objections qui ne manqueront pas de se produire, et auxquelles l'hypothèse microbienne prête le flanc dans une certaine mesure. Ces objections, les auteurs les ont reproduites loyalement, donnant à chacune d'elles une réponse aussi satisfaisante qu'il est possible de le faire dans l'état actuel de la science. On ne saurait, d'ailleurs, leur demander davantage dans cet essai d'adaptation d'une doctrine nouvelle à des faits qui jadis auraient été expliqués tout autrement.

Nous n'insisterons pas sur le reste de l'ouvrage, bien qu'il puisse encore fournir matière à des considérations très intéressantes, notamment au chapitre de la prophylaxie et du traitement qui reflète naturellement des idées que nous avons soulignées tout à l'heure et leur donne une sorte de sanction dans le domaine pratique. Nous dirons seulement que, par le développement donné à chacune des questions soulevées dans cette deuxième partie et le nombre, aussi bien que la valeur des observations annexées à celle-ci, le livre de MM. Bertrand et Fontan représente un ouvrage complet, un de ceux que l'on ne peut se dispenser de consulter quand on veut avoir l'expression exacte de l'ensemble des connaissances acquises sur un sujet donné. Dès maintenant, on peut lui assigner une place très honorable dans cette littérature déjà si riche que l'étude des maladies du foie a inspirée.

Les aortites,

Par M. M. Bureau.

Voici une nouvelle monographie à l'actif de cette collection qui se publie régulièrement, avec un soin soutenu, sous le nom de Bibliothèque Charcot-Debove. Le sujet en

est quelque peu nouveau, car la description des aortites ne figurait pas dans les livres d'autrefois, le nom même de la chose était à peu près inconnu et il a fallu le progrès de la science pour mettre, à la place d'une notion vague et confuse, un des chapitres les plus intéressants de la pathologie interne. De fait, cette question des aortites a, dans ces dernières années, acquis une importance considérable. Nous connaissons aujourd'hui toute la valeur des lésions qui peuvent atteindre le grand vaisseau artériel central, toutes les conséquences qu'elles peuvent entraîner au multiple point de vue de la circulation, de la nutrition et du fonctionnement des organes éloignés. Il y a en particulier la question des aortites *aiguës*, qui, née, pour ainsi dire, d'hier, a déjà pris droit de cité en pathologie, au point de motiver une description spéciale dans les traités les plus récents. Aussi, ne peut-on s'étonner qu'un sujet à la fois aussi neuf et aussi intéressant ait paru digne des honneurs d'une monographie à ceux qui poursuivent l'achèvement de la collection.

Celle-ci a d'ailleurs été confiée à la plume d'un jeune confrère qui était spécialement autorisé en la matière, car la thèse inaugurale de M. M. Bureau, parue il y a quatre ans, avait déjà l'étude des aortites pour but et pour titre. C'est dire qu'on ne pouvait confier ce travail à de meilleures mains, à une plume plus autorisée. De fait, pour résumer tout ce que nous savons sur ce sujet, M. Bureau n'a eu qu'à reprendre un à un les chapitres de son précédent mémoire, en y ajoutant les notions qui ont été acquises ultérieurement, en tirant parti des observations qui ont été publiées depuis.

De la sorte, il a pu écrire un volume de 215 pages dont la lecture est à la fois agréable, instructive, profitable. La possession de ce petit ouvrage deviendra indispensable à tous ceux qui veulent avoir dans leur bibliothèque un exposé clair et précis des questions les plus en vue, de celles dont la connaissance nous est imposée par les besoins de la pratique de chaque jour.

P. M.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 5 juin. — Présidence de M. THÉOPHILE ANGER.

L'hystérectomie abdomino-vaginale.

M. Ricard. — L'intéressante communication faite il y a quelques semaines par M. Richelot à la Société de Chirurgie (Voir *Gazette Médicale* du 27 avril 1895) remet sur le tapis la question du traitement chirurgical des fibrômes utérins.

On peut diviser en deux groupes les différents procédés que l'on a proposés. Dans le premier groupe doivent être rangés tous les procédés dans lesquels on fait l'hystérectomie partielle et dont deux, surtout, doivent être cités : l'hystérectomie avec pédicule externe et l'hystérectomie avec pédicule réduit. Ces deux procédés tendent de plus en plus à être abandonnés par les chirurgiens. Ce ne sont, en effet, que des procédés de nécessité dont les suites immédiates comme les suites éloignées peuvent être graves. Je n'y insisterai pas.

Dans le second groupe, il faut classer les méthodes opératoires qui consistent à faire l'hystérectomie totale ; ce sont ces dernières méthodes qui ont de plus en plus la faveur des chirurgiens. Mais quelle voie convient-il mieux de prendre quand on veut faire l'hystérectomie totale ? Est-ce la voie vaginale ? Est-ce la voie abdominale ?

On tend à admettre aujourd'hui, d'une façon à peu près définitive, que le vagin est la voie de choix pour l'extraction des petits fibrômes utérins dont la masse reste localisée au-dessous de l'ombilic.

L'accord n'est pas aussi parfait quand il s'agit d'enlever un fibrôme sus-ombilical. Il semble que l'on doive rapporter ici toutes les méthodes proposées à deux procédés : d'une part, on peut suivre la voie abdomino-vaginale comme l'ont fait Péan et Chaput. Mais, je le dis tout de suite, l'idéal n'est pas, selon moi, dans une pareille voie qui a le gros inconvénient de faire passer l'opérateur alternativement de l'abdomen dans le vagin. D'autre part, on peut suivre uniquement la voie abdominale et c'est à l'hystérectomie abdominale totale que j'accorde la préférence dans le traitement des gros fibrômes utérins.

Mes préférences, d'ailleurs, ne vont pas sans preuves à l'appui. En Amérique, l'hystérectomie totale par la laparotomie est d'usage courant, et quelques-uns de nos confrères de la province s'en trouvent fort bien. Pour mon compte personnel, je l'ai pratiquée jusqu'ici dix fois. Ma statistique comporte un décès. Je veux vous en donner le détail parce qu'il en sort, à mon avis, un grand enseignement.

Dans le cas dont il s'agit, en effet, au cours de l'extirpation du fibrôme, l'utérus éjacula soudain un petit polype et cette éjaculation s'accompagna de l'issue du liquide sanieux de l'utérus dans la cavité péritonéale. La malade mourut des suites de la péritonite consécutive. Ce fait prouve donc nettement que le danger de l'hystérectomie est dans l'infection vagino-utérine pure.

Toutes mes autres malades ont parfaitement guéri. Et je signalerai que, même dans les vingt-quatre premières heures après l'opération, elles éprouvaient un bien aise remarquable.

Je considère donc comme le procédé de l'avenir l'hystérectomie totale par laparotomie pour les gros fibrômes, et je ne suis pas partisan, dans ce cas, du procédé que nous a décrit M. Richelot.

Voici comment j'opère le plus souvent : Après incision de la paroi abdominale et mise à nu du fibrôme, je commence par me débarrasser des ligaments larges à l'aide de ligatures. J'attaque alors le cul-de-sac vaginal qui se montre le premier, sans idée préconçue d'attaquer l'un des culs-de-sac plutôt que l'autre. Quant au fibrôme, s'il est gênant, je n'hésite pas à l'enserrer et à le réséquer. Je puis alors, à l'aide d'une forte pince, manœuvrer le moignon utérin. J'ai soin dans les jours qui précèdent l'opération de faire faire l'asepsie du vagin et le matin même de l'opération, depuis l'accident que je vous détaillais tout à l'heure, on bourre l'utérus de gaze iodoformée. Je décortique ensuite le vagin en établissant une couronne de pinces. Enfin, je ne fais plus la suture du péritoine du petit bassin comme autrefois.

En résumé, je crois donc que l'hystérectomie abdominale totale pour gros fibrômes est l'opération de l'avenir, parce que son pronostic opératoire est des moins graves.

M. Routier. — Quand je faisais autrefois l'hystérectomie avec pédicule externe, il m'arriva quelques cas de suppuration ou d'éventration qui me firent bientôt abandonner ce procédé. Comme M. Ricard, je crois que les fibrômes sous-ombilicaux doivent être abordés par le vagin. Il se trouve, d'autre part, que j'opère à peu près comme lui les gros fibrômes sus-ombilicaux, sans l'avoir cependant jamais vu opérer. Comme lui, je vais d'abord lier le ligament large. Seulement je laisse toujours le vagin ouvert. Quant à l'hémorrhagie qui peut survenir, je crois qu'elle est due en partie aux veines. Celles-ci donnent souvent une abondance de sang plus grande que l'artère. Je crois qu'il ne faut pas abandonner, comme on le fait, la castration pour le traitement des fibrômes. Je m'en suis bien trouvé dans quelques cas, et je pense enfin que l'éclectisme, en matière de procédés pour opérer les fibrômes, doit être le principe de tous les chirurgiens.

M. Tuffier. — J'ai fait cinq fois l'ablation abdominale totale de l'utérus pour gros fibrômes et dans des conditions vraiment à part. J'ai fait les mêmes temps opératoires que M. Ricard. J'insisterai sur deux points : il n'est pas toujours facile de lier l'artère

ntérine secondairement, et c'est d'une hémorrhagie de cette artère que j'ai perdu la seule de mes cinq opérées qui ait succombé. De plus, je ne fais pas le tamponnement du vagin, pour donner libre cours aux écoulements de liquide. J'insisterai enfin sur le remarquable bien-être qu'éprouvent les malades après l'opération.

M. Quénu. — Je n'ai pas une grande expérience de l'hystérectomie abdominale totale dont je ne possède que deux faits. Néanmoins, j'ai une grande tendance à la mettre en pratique, de plus en plus, pour les cas où l'hystérectomie vaginale n'est pas possible. Je connais, en effet, les dangers du pédicule dont l'infection amène le plus souvent des désastres. Il ne faut cependant pas exagérer les avantages de l'hystérectomie abdominale totale. Pourquoi ne pas inclure, par exemple, le pédicule dans la paroi abdominale? Il n'y a pas de suppuration, ni d'éventration en agissant ainsi. Pour moi, c'est une méthode que j'emploie quelquefois avec succès. Je crois, comme M. Rontier, qu'il faut conserver la castration pour les malades exsangues et qui ne supporteraient pas une longue intervention. Je crois, enfin, qu'il ne faut pas être absolu sur le point qui nous occupe, et se rappeler qu'il y a des malades et non un malade, des fibrômes et non un fibrôme.

De l'éthérisation.

M. Reynier donne lecture d'une communication dans laquelle il rapporte un grand nombre de statistiques anciennes et même récentes, démontrant que l'éthérisation ne présente, en fait, aucune raison d'être moins nocible que la chloroformisation. De plus, il est certain que l'éther est un anesthésique moins puissant que le chloroforme. Son action est peu énergique et peu durable. Il y a de nombreuses contre-indications dans son emploi. Il n'y en a pas dans l'emploi du chloroforme. Nous donnons mieux cet agent parce que nous le connaissons mieux; c'est lui qu'il faut conserver.

Anesthésie mixte par l'association de chloroforme, de spartéine et de morphine.

M. Morange donne lecture d'un travail dans lequel il est rapporté 182 cas d'anesthésie par l'association de la spartéine et de la morphine au chloroforme. Dans aucun cas il n'y a eu d'alerte. Ce procédé d'anesthésie mixte est applicable à tous les cas. L'injection de spartéo-morphine doit être faite un quart d'heure avant de commencer la chloroformisation. Dans tous les cas, la dose moyenne de chloroforme employé a été de 30 grammes.

J. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 4 juin.

De la qualité des viandes de boucherie.

M. Nocard. — A propos de la récente communication de M. Vallin, je rappelle que les règlements de tous les pays interdisent la mise en vente de la viande morte, parce que la viande ne peut être vendue que si l'animal dont elle provient a été complètement saigné. Aussi exclut-on de la consommation les viandes d'animaux tués par assommement ou par coup de feu.

On comprend qu'il y a donc peu d'inconvénients à laisser consommer des viandes d'animaux abattus au cours de certaines maladies contagieuses, si toutefois le contage de ces maladies n'a pas envahi le sang on le tissu musculaire. Dans ces conditions, il semble inutile de changer la loi qui permet de sacrifier pour la boucherie les animaux atteints de certaines maladies contagieuses.

D'autre part, faut-il augmenter le nombre des maladies visées par la loi de 1881, comme le veut M. Vallin? A ce propos, l'on doit se rappeler que c'est là une loi qui ressort de la police sanitaire, et que c'est à l'hygiène publique qu'il faut s'adresser, si l'on veut faire les modifications proposées par M. Vallin. On sait, d'ailleurs, que la loi du 5 avril 1884 confie à l'autorité municipale le soin de veiller à la salubrité des comestibles mis en vente.

La vraie cause des accidents dus à la mauvaise qualité de la viande de boucherie doit être cherchée dans l'absence d'une inspection sérieuse de cette viande. Il faudrait que toute viande, mise en vente, fût munie d'une estampille prouvant que l'inspecteur compétent l'a vue et jugée saine. Ce soin serait confié au vétérinaire, ou, à son défaut, à des gens que leur profession met à même de connaître les viandes.

Ce projet a eu sa réalisation en Belgique ; plus que jamais, il me semble qu'il serait bon d'essayer de le faire adopter chez nous, aujourd'hui que le Parlement est saisi d'un projet de loi relatif aux abattoirs et aux tueries particulières.

Aussi, avec mes collègues de la section vétérinaire, je soumets à l'Académie le vœu suivant :

« Toute viande destinée à l'alimentation publique ne peut être mise en vente et colportée que pourvue d'une estampille prouvant qu'elle a été reconnue saine par un inspecteur compétent ; l'inspection doit être faite partout, dans les villages comme dans les villes ; on peut l'organiser aisément, et à peu de frais, sur des bases analogues à celles qui sont adoptées en Belgique ». (*Adopté.*)

Un mode d'anesthésie de la vaginale.

M. Nicaise. — On sait que le traitement de l'hydrocèle par injections iodées est parfois très douloureux. La cocaïne, à qui on a demandé une atténuation à cette douleur, n'est pas exempte de dangers. Depuis 1889, j'anesthésie la vaginale de la façon suivante :

L'hydrocèle ponctionnée, je ne laisse sortir que le tiers environ du liquide épanché. Dans le reste de la sérosité, j'injecte à travers la canule du trocart 3 à 4 centimètres cubes d'une solution aqueuse de cocaïne au 1 0/0. Après une attente de cinq minutes, pendant lesquelles on malaxe légèrement la bourse, on évacue ce qui reste de sérosité. A ce moment on fait l'injection de teinture d'iode. On laisse encore celle-ci quatre à cinq minutes, et on la fait sortir.

Dans ces conditions, l'opération n'est pas douloureuse. On utilise pour excipient de l'injection un liquide naturel et aseptique, la sérosité même de l'hydrocèle. Enfin, la cocaïne mélangée à cette sérosité est absorbée par la surface de la séreuse en moindre quantité que ne le serait cette cocaïne en solution aqueuse au même titre.

De la phakoscopie.

M. Darier expose un procédé nouveau, la phakoscopie, qui permet à toute personne de voir facilement dans son œil à travers le cristallin et de juger de la transparence de ses milieux oculaires.

On regarde à travers des verres myopiques très forts la flamme d'une bougie qu'on a mise au fond d'une pièce obscure. Les forts verres myopiques rendent très divergents les rayons venus de cette source lumineuse. Aussi, après avoir traversé le cristallin, vont-ils imprimer sur la rétine, étant encore parallèles, une ombre portée du même cristallin. Celui-ci est donc vu par transparence. La rétine perçoit la moindre opacité.

Au point de vue pratique, on a ainsi pu constater les plus faibles opacités du cristallin, les cataractes au début.

M. Kirmisson présente un malade traité pour une tarsalgie par l'opération d'Ogston, supérieure, à son avis, à celle de Treudelenburg.

M. Noé lit un travail sur la pathogénie du phosphorisme où il montre que celui-ci est dû à l'absorption de l'hydrogène phosphoré au contact des muqueuses. Il relèverait des troubles généraux de l'hématose et de la nutrition générale. J. P.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 27 mai.

Du sérum antitétanique.

M. Vaillard. — Le sérum antitetanique ne peut guérir les formes aiguës et rapides du tétanos, parce que l'intoxication est accomplie lors de l'apparition des premiers symptômes. Mais il peut être efficace dans les formes lentes, quand l'intoxication se fait petit à petit.

Au point de vue prophylactique, le sérum antitétanique rend, au contraire, des services d'une haute importance. Aussi peut-on dire que, pour prévenir le tétanos chez l'homme et les animaux, le sérum injecté après le traumatisme aura un effet prophylactique incontestable. L'expérience a prouvé le fait : injecté préventivement aux animaux, le sérum les immunise sûrement contre la toxine. Cette immunisation dure de deux à six semaines. Les animaux injectés par le virus vivant sont également préservés par le sérum. De plus, certaines distinctions sont à faire : si la préservation est certaine quand l'infection siége dans le tissu conjonctif sous-cutané, elle est moins constante quand on porte dans le muscle même le virus tetanique. C'est d'ailleurs le mode d'infection le plus intense. Dans ce cas, les animaux peuvent rester indemnes un ou deux mois, pour devenir ensuite tétaniques. Le fait s'explique ainsi : la préservation demande la disparition du virus, qui est détruit par les cellules phagocytaires. Or, dans le tissu conjonctif, les phénomènes phagocytaires sont plus actifs que dans le muscle, d'où la différence de mode d'action sur le virus tétanique.

On peut donc considérer comme indiquées les injections préventives dans les cas où le sujet est affecté de différents traumatismes qui semblent favorables à l'éclosion du tétanos, et chez les gens où l'on a opéré des plaies qui sont souvent le point de départ du tétanos.

Ce moyen prophylactique est capable de rendre de grands services non seulement dans les régions tropicales de l'Amérique et de l'Afrique, mais aussi partout où se rencontre le tétanos des nouveaux-nés, surtout dans le nord de l'Europe. Enfin la chirurgie de guerre peut également l'utiliser avec profit. Dans un autre ordre d'idées, l'injection préventive de sérum aux animaux permettra d'éviter bien des pertes à l'agriculture et à l'élevage. C'est une méthode que M. Nocard a déjà commencé à mettre en pratique, et plusieurs vétérinaires y ont eu victorieusement recours, après la castration des chevaux et dans le traitement du clou de rue.

Les faits déjà connus montrent assez de quelle merveilleuse propriété prophylactique jouit le sérum antitétanique.

Effet des injections intraveineuses sur le sang.

M. Gréhant. — J'ai injecté dans la veine jugulaire d'un chien de 16 kilogr. 62 centimètres cubes d'alcool. Cinq minutes plus tard, j'ai pris 25 centimètres cubes de sang dans l'artère carotide. Par distillation dans le vide, à l'aide de la pompe à mercure, j'ai obtenu 20 centimètres cubes d'un liquide incolore dont la densité était de 0.098. Des échantillons de sang prélevés dans le même vaisseau d'heure en heure ont donné le même résultat.

Aussi, après l'injection d'un volume assez considérable d'alcool, le sang contient-il pendant plus de huit heures une proportion constante de ce corps égale à 1/200 à peu près.

Elimination de la magnésie chez les rachitiques.

M. Œchsner de Connick. — En examinant l'élimination de la magnésie chez les rachitiques par voie rénale, j'ai trouvé par litre les proportions suivantes dans cinq séries d'analyses : 0,015 — 0,014 — 0,013 — 0,011 — 0,009 milligrammes.

Les urines des malades que j'ai pu examiner renfermaient beaucoup de pigments diversement colorés, adhérents aux sels métalliques servant aux dosages. J'insisterai enfin sur la faible proportion de magnésie éliminée chez les rachitiques examinés.

J. P.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 31 mai.

Du bain froid dans la pneumonie des enfants.

M. Comby, pour apprécier l'influence du bain froid sur le cycle thermique de la pneumonie franche, apporte la statistique des cas de pneumonie traités dans son service de l'hôpital Trousseau, depuis le 1er janvier : 31 pneumoniques ont été traités :

16 n'ont pas reçu de bains froids, soit parce qu'ils étaient arrivés peu de temps avant la défervescence, soit à cause du peu de gravité de la maladie ;

15 ont été traités systématiquement par les bains froids.

Sur les 31 cas, M. Comby n'a eu à déplorer qu'un décès, soit 3.22 pour 100 — il s'agissait d'un garçon de cinq ans, mort au quatorzième jour d'une pneumonie double arrivée à la période d'hépatisation grise.

Chez les enfants non baignés (16) la défervescence a eu lieu neuf fois avant le septième jour (soit 1 le 5e, 3 le 6e, 5 le 7e) — sept fois après le septième jour (3 fois le 8e, 4 le 9e).

Chez les enfants traités par les bains froids (15) 5 fois la défervescence a eu lieu avant le septième jour ou le septième jour. 9 fois elle a lieu après le neuvième jour.

Il semblerait, d'après ces chiffres, que les bains froids sont loin d'avoir une influence sur l'époque de la défervescence, puisque celle-ci a été plus tardive dans les cas baignés. En réalite, ce fait tient à ce qu'on n'a baigné que les pneumonies sérieuses.

M. Comby conclut que le bain froid n'agit pas plus sur le cycle thermique de la pneumonie que sur celui de la fièvre typhoïde.

De l'urobiline. — L'ictère dit urobilique est un ictère vrai.

M. Hayem rappelle ses observations sur la présence des pigments biliaires dans le sang (Communication de M. Hanot sur la cirrhose hypertrophique avec ictère).

M. Hayem a affirmé que l'urobiline n'était pas un pigment tinctorial, et tient à le démontrer expérimentalement.

Si on prend des urines colorées par des pigments modifiés (il n'existe alors aucun des pigments biliaires vrais pouvant donner la réaction de Gmelin), on peut précipiter ces pigments en bloc et avoir une solution concentrée de pigments modifiés. Cette solution a alors l'aspect d'un liquide rouge grenat, un peu jaunâtre, rappelant l'aspect des urines cirrhotiques.

La solution que présente M. Hayem contient les pigments modifiés de dix litres d'urine, ne donnant pas la réaction de Gmelin. On y trouve, à côté des pigments modifiés, de l'urobiline.

Mais si, à côté de cette première solution, on prépare une solution d'urobiline pure, la coloration est très différente ; elle rappelle celle d'une urine normale, plutôt claire. Elle en diffère en ce que, à jour frisant, la surface de la solution d'urobiline est rosée.

On peut diluer la première solution jusqu'à ce qu'elle ait la même teinte que l'urobiline. L'examen au spectroscope montrera alors des différences très caractéristiques. La solution d'urobiline donnera. dans le spectre, la bande caractéristique de l'urobiline ; avec la solution de pigments modifiés, toute la partie droite du spectre sera couverte.

L'existence de ces pigments modifiés dans les urines répond à l'existence dans le sang de pigment biliaire vrai en petite quantité. Ce pigment, en raison de sa petite quantité, se modifie dans l'organisme et n'apparait plus dans les urines que sous forme de pigments modifiés. Ces pigments modifiés existent d'ailleurs dans les urines en dehors de toute coloration ictérique. M. Hayem conclut que tout ictère suppose la réaction de Gmelin dans le sérum sanguin et que, s'il n'y a que de l'urobiline dans le sang et les urines, l'ictère ne peut se produire. Il faut rejeter l'expression d'ictère urobilique.

M. Hayem expose enfin la technique qu'il suit pour chercher l'existence des pigments biliaires dans le sérum : par la piqûre

du doigt avec une lancette, il se procure 1 à 2 centimètres cubes de sang qui, le lendemain, donne au moins un demi centimètre cube de sérum qu'on aspirera avec soin. Ce sérum bien pur et sans aucun mélange d'hématies, soumis à l'examen spectroscopique, montrera, s'il existe des pigments biliaires, la partie droite du spectre absolument recouverte.

Le sérum, s'il existe des pigments biliaires, a une coloration jaunâtre spéciale.

On peut aussi verser au fond d'un tube à essai de l'acide nitrique nitreux, puis par-dessus le sérum qui se coagule. Au niveau du point d'union se développera en 2 à 3 minutes la bande bleu-verdâtre de la réaction de Gmelin.

Hypertrophie de la rate d'origine impaludique.

M. Galliard. — Le 18 novembre 1894, est entré dans mon service un homme de 24 ans, charretier, très amaigri et se plaignant d'une douleur dans le côté gauche de l'abdomen. La rate était très volumineuse mesurant 25 centimètres en hauteur et 27 en largeur. Le foie était normal. L'urine était un peu albumineuse. Je pensai tout d'abord à une leucémie, mais l'examen du sang fut négatif et j'appris ensuite que le malade a 21 ans avait été en garnison dans un pays très marécageux de la Haute-Vienne (Magnac-Laval) et qu'il avait eu un légère atteinte de dysenterie.

L'impaludisme n'étant pas douteux, je donnai, le premier jour, 50 centigrammes de sulfate de quinine et un pot de macération de quinquina.

Le malade eut un accès deux jours après son entrée (39 degrés) et la fièvre ne reparut plus. Je fus obligé, à cause de l'estomac, de substituer le chlorhydrate au sulfate de quinine et de donner du lait.

Le 15 décembre, au moment de la sortie du malade, la rate avait perdu 10 centimètres dans chaque direction et l'albumine avait disparu.

J'ai tenu à rapporter ce nouvel exemple de diminution rapide d'une grosse hypertrophie de la rate d'origine impaludique.

Syphilide pigmentaire.

M. Renault présente une malade atteinte de syphilide pigmentaire. La syphilis date de deux ans.

Bien que Kaposi, Taylor et Fox nient encore l'existence de la syphilide pigmentaire, les exemples n'en sont pas rares. L'intérêt de cette malade réside dans la netteté de la syphilide pigmentaire, dans sa généralisation, dans la valeur séméiologique qu'elle acquiert.

La disposition des parties pigmentées en îlots, en dentelles, est très caractéristique, surtout dans la région lombaire. La syphilide pigmentaire est habituellement localisée au cou ; ici, elle est généralisée et occupe la poitrine, le dos et surtout les lombes. Il existe peu de cas semblables. Bazin en a rapporté un où l'éruption occupait le front, la poitrine et l'abdomen. M. Fournier et M. Barthélemy en ont rapporté chacun deux cas.

M. Renault fait remarquer le peu d'autres manifestations spécifiques accompagnant cette syphilide pigmentai e ; deux papules à l'avant-bras gauche, une sur la poitrine. Souvent d'ailleurs il n'existe aucun autre signe de syphilis.

La syphilide pigmentaire évolue dans les deux premières années de la syphilis.

On doit la distinguer de la *leucomélanodermie syphilitique* décrite par M. Fournier. Dans cette dernière, il existe des zônes alternativement hypo et hyperpigmentées.

Le mode d'origine est différent. La syphilide pigmentaire survient d'emblée. La leucomélanodermie est secondaire à des syphilides papulo-tuberculeuses (Fournier), à des syphilides ulcéreuses (Gilles, d'Alger). Il y aurait aussi une différence histologique.

M. Saintin, dans sa thèse de 1886, affirme que, dans la syphilide pigmentaire, les parties décolorées contiennent plus de pigment qu'à l'état normal. Au contraire, M. Vincent, de l'hôpital du Dey, aurait trouvé une disparition complète du pigment dans la leucomélanodermie.

La malade n'a pas subi de traitement arsenical.

M. Thibierge rappelle la coïncidence fréquente de la syphilide pigmentaire et de l'alopécie, en particulier de l'alopécie en clairières (Besnier, Fournier). Peut-être faut-il faire intervenir le système nerveux dans l'étiologie de ces accidents, comme dans l'alopécie du vitilign. M. Thibierge a vu également deux ou trois cas de syphilide pigmentaire généralisée. La zône sus-pectorale est un lieu de prédilection pour la syphilide pigmentaire.

Du salophène.

M. Marie relate les résultats heureux qu'il a obtenus avec le salophène, succédané du salicylate de soude.

Dans un premier cas, il s'agit d'un homme atteint de rhumatisme articulaire aigu intense, à sa septième attaque. Le malade avait de l'insuffisance aortique et des crises d'angor pectoris ; il ne put supporter le salicylate de soude qui augmentait les crises d'angine de poitrine. M. Marie administra le salophène, qui fut bien supporté ; en deux ou trois jours, tous les accidents disparurent. La guérison fut aussi rapide qu'on l'observe d'habitude avec le salicylate de soude, mais sans aucun des accidents communs à ce médicament (bourdonnements d'oreilles, vertiges).

Deux cas de rhumatisme subaigu, traités sans succès par le salicylate de soude on la phénacétine, guérirent rapidement après l'administration du salophène.

Comme le salicylate de soude, et à l'inverse du salol, le salophène ne fait rien dans le rhumatisme chronique.

Le salophène a été employé dans un cas de goutte saturnine, à sa deuxième attaque. Lors de la première atteinte, le salicylate de soude n'avait produit aucun effet. Le salophène amena une détente dès le surlendemain de son administration et la guérison fut rapide.

Enfin, l'action du salophène a été particulièrement remarquable dans une cinquième observation.

Une jeune fille de 16 ans, atteinte de chorée de Sydenham depuis huit jours, fut soumise au traitement par le salophène. Dès le soir, l'agitation fut moindre et disparut au bout de deux jours. En sept jours, on obtint la guérison complète.

Le salophène n'a aucune action sur la muqueuse des voies urinaires.

Le salophène se rapproche du salol, en ce qu'il ne se décompose que dans les milieux alcalins, dans l'intestin. Il ne trouble donc pas la digestion stomacale, avantage précieux sur le salicylate de soude. C'est un mélange, ou plutôt une combinaison chimique déterminée, d'acide salicylique et de paramidophénol ; il contient 51 0/0 d'acide salicylique. Son action tient peut-être au dégagement à l'état naissant d'acide salicylique.

La dose maxima varie de 6 à 7 grammes ; mais la dose employée par M. Marie a été généralement de 4 grammes par prises de 50 à 75 centigrammes. Le salophène est insipide et insoluble dans l'eau ; il doit être donné en cachets ou en suspension dans 1 eau.

H. Méry.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 1er juin.

Cirrhose hypertrophique avec ictère chez les enfants.

MM. Gilbert et **L. Fournier.** — Nous avons vu sept enfants atteints de cirrhose hypertrophique avec ictère. Le début de l'affection remontait à l'âge de 5 et de 12 ans, pour les cas extrêmes.

Ils offraient quelques particularités intéressantes : c'est d'abord le volume considérable de la rate, au-dessous duquel demeure quelquefois celui du foie. C'est une forme splénomégalique de la

cirrhose atrophique. Ce sont ensuite l'hypertrophie notable de la dernière phalange des doigts et des orteils, la déformation, l'incurvation, l'altération de la forme de l'ongle. Ce sont, enfin, l'augmentation des extrémités du tibia, du fémur et du péroné, une petite quantité de liquide dans les synoviales des genoux, et les douleurs localisées à différentes articulations.

Ces troubles ostéo-arthropathiques ne résultent pas, comme nous l'avions cru tout d'abord, du refoulement du diaphragme par les organes abdominaux hypertrophiés et du rétrécissement consécutif du champ respiratoire. Il y a là autre chose qu'un mécanisme pneumique.

La cirrhose hypertrophique avec ictère entrave la croissance des enfants ; leurs membres restent grêles, leur poids inférieur au poids normal, leur taille plus petite que l'ordinaire, leur aspect chétif. Enfin, la puberté, s'ils parviennent à cette époque, se fait attendre, ou avorte tout à fait. C'est donc un véritable arrêt de développement.

Toxicité des tumeurs carcinomateuses.

M. Richet. — Les injections intraveineuses de tumeurs sarcomateuses ou carcinomateuses non ulcérées ne semblent pas toxiques, d'après ce qui résulte de mes expériences. Mais les injections de tumeurs épithéliales ulcérées sont très toxiques, et produisent des convulsions, en tuant les animaux à la dose de quelques centimètres cubes.

Sérothérapie du cancer.

M. Fabre-Domergue. — M. Richet m'a reproché d'avoir méconnu que les injections de sérum avaient été faites à distance de la tumeur, dans les deux cas de cancer où il est intervenu par la sérothérapie. Mais il dit avoir fait ses injections autour de la tumeur, et ajoute que celles-ci ont eu sur la tumeur un effet local bien accentué. Aussi, je me suis cru en droit de conclure que, si les injections ont été faites à distance, cette distance a été assez faible pour que ces injections aient pu agir sur la constitution des tumeurs.

Extirpation de l'estomac chez le chat.

M. Pachon présente une pièce anatomique montrant la bonne exécution d'une gastrectomie totale chez un chat. Ce dernier est mort, trois mois plus tard, d'inanition, malgré le gavage. Cependant sa digestion était parfaite, mais l'animal avait un dégoût absolu pour toute nourriture. J. P.

ACTES DE LA FACULTÉ

DU 10 AU 15 JUIN 1895

EXAMENS

Lundi 10 juin. — 3e (2e partie) : MM. Fournier, Straus, Brissaud. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Delens, Monod, Delbet. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Segond, Reclus, Jalaguier. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu : MM. Hayem, Déjerine, Gaucher. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Lejars, Varnier.

Mardi 11 juin. — 3e (2e partie, 1re série) : MM. Raymond, Chantemesse, Letulle. — 3e (2e partie, 2e série) : MM. Dieulafoy, Hollopeau, Gilbert. — 4e : MM. Proust, Ballet, Marfan. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité (1re série) : MM. Guyon, Humbert, Albarran. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité (2e série) : MM. Polaillon, Campenon, Bouilly. — 5e (2e partie), Charité : MM. Laboulbène, Marie, Ménétrier.

Mercredi 12 juin. — 3e (2e partie) : MM. Grancher, Joffroy, Déjerine. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Kirmisson, Delbet, Lejars. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Delens, Reclus, Jalaguier. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu : MM. Straus, Landouzy, Brissaud.

Jeudi 13 juin. — 3e Oral (1re partie) : MM. Panas, Pozzi, Budin. — 4e : MM. Pouchet, Raymond, Chantemesse.

Vendredi 14 juin. — *Médecine opératoire, épreuve pratique* : MM. Reclus, Monod, Poirier. — 4e : MM. Pouchet, Landouzy, Netter. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité (1re série) : MM. Segond, Ricard, Lejars. — 5e (2e partie), Charité (1re série) : MM. Potain, Hayem, Brissaud. — 5e (2e partie), Charité (2e série) : MM. Straus, Chauffard, Gaucher. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Marchand, Varnier.

Samedi 15 juin. — *Dissection, épreuve pratique* : MM. Polaillon, Quénu, Poirier. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Le Dentu, Schwartz, Nélaton. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Panas, Richelot, Brun. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu : MM. Laboulbène, Ballet, Gilbert. — 5e (2e partie), Charité (1re série) : MM. Dieulafoy, Joffroy, Roger. — 5e (2e partie), Charité (2e série) : MM. Hallopeau, Raymond, Marfan. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique d'Accouchements, rue d'Assas : MM. Budin, Sebileau, Bar.

THÈSES

Mercredi 12 juin. — *M. Lanos* : Influence de la pleurésie sur la marche de la tuberculose pulmonaire (MM. Potain, Terrier, Ricard, Netter). — *Mlle Desmolières* : Contribution à l'étude des fibromes utérins ; hémorrhagies utérines ; indications du curettage (MM. Terrier, Potain, Ricard, Netter). — *M. Darrier* : Pince-aiguille ou nouvel appareil pour sutures chirurgicales (MM. Fournier, Monod, Chauffard, Gaucher). — *M. Veillet* : Tumeurs érectiles des bourgeons charnus (MM. Fournier, Monod, Chauffard, Gaucher). — *M. Baudouin* : Contribution à l'étude de l'intubation dans le croup (MM. Pinard, Marchand, Tuffier, Varnier). — *M. Boulle* : Traitement de l'hématocèle rétro-utérine (MM. Pinard, Marchand, Tuffier, Varnier). — *M. Gautier* : Des angines de la menstruation (MM. Pinard, Marchand, Tuffier, Varnier).

Jeudi 13 juin. — *M. Violettes* : Accidents consécutifs à l'empoisonnement par l'oxyde de carbone (MM. Brouardel, Proust, Netter, Charrin). — *M. Giraud* : Etude sur les blessures simulées dans l'industrie (MM. Brouardel, Proust, Netter, Charrin). — *M. Bourgeois* : Note sur une épidémie de fièvre typhoïde survenue à la suite du curage d'une mare dans la commune de Mesnil-Reaume (MM. Proust, Brouardel, Netter, Charrin). — *M. Le Filliatre* : Essai sur les troubles moteurs dans l'alcoolisme aigu, subaigu et chronique (MM. Cornil, Hallopeau, Ballet, Roger). — *M. Vigne* : Relation d'une épidémie de méningite cérébrospinale (MM. Cornil, Hallopeau, Ballet, Roger). — *M. Lamy* : Torticolis et lumbago articulaires (MM. Jaccoud, Dieulafoy, Marfan, Letulle). — *M. Djoritch* : Sueurs d'urée (MM. Dieulafoy, Jaccoud, Marfan, Letulle). — *M. Vassal* : Considérations sur la cure radicale de la hernie inguinale chez la femme, particulièrement chez la petite fille (MM. Guyon, Le Dentu, Humbert, Albarran). — *M. Barret* : Contribution à l'étude des lésions du plexus brachial dans les fractures fermées de la clavicule (MM. Guyon, Le Dentu, Humbert, Albarran). — *M. Villatte de Peufeilhoux* : Etude sur la métrite chez les vierges et les nullipares (MM. Le Dentu, Guyon, Humbert, Albarran). — *M. Delisle* : Etude sur l'antipyrine (MM. Laboulbène, Debove, Gilbert, Marie). — *M. Semen* : De la syphilide pigmentaire et de sa valeur diagnostique (MM. Debove, Laboulbène, Gilbert, Marie).

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

FACULTÉS

Concours d'agrégation d'anatomie, physiologie et histoire naturelle.

Voici le sujet de la composition écrite pour les candidats à l'agrégation d'histoire naturelle : Muqueuse intestinale ; anatomie, physiologie.

La première séance de lecture a eu lieu dans l'ordre suivant : MM. Dewèvre, Galavielle, Beille, Peytoureau, Wuillemin et Gerber.

Concours de l'adjuvat.

Ont été nommés : MM. Fredet, Lapointe, Pasteau, Courtillet, Bois.

Concours d'agrégation : chimie, physique, pharmacie.

Voici l'ordre dans lequel les candidats sont appelés à subir l'épreuve d'une leçon orale d'une heure après quarante-huit heures de préparation :

MM. Guilloz, Barral, Biarnès, Chassevant, Moreau et Causse.

66e Année. 9e Série. Tome II — N° 24 — 15 Juin 1895

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : Dr F. de RANSE — *Rédacteur en chef* : Dr Pierre SEBILEAU

Secrétaire de la Rédaction : M. Em. EMERY

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 28, rue Vignon

CLINIQUE MÉDICALE

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. LE DOCTEUR FOURNIER

Les céphalées syphilitiques.

Leçon publiée par M. E. Emery, interne du service.

(*Suite.*)

J'arrive, dans cette revue des céphalées syphilitiques, à l'espèce la plus importante, à l'espèce majeure, à celle qu'il est le plus essentiel de reconnaître en pratique, pour la sauvegarde, disons même le salut du malade.

Pas de contradiction possible sur ce point; car il va s'agir de la céphalée prémonitoire, des encéphalopathies spécifiques, de la céphalée qui sert de prélude usuel aux grandes affections cérébrales de la syphilis.

Et, en effet, de multiples témoignages cliniques ressortant en pleine évidence les trois vérités que voici, à savoir :

1° Que pour quantité de cas, un mal de tête spécial s'observe comme symptôme précurseur des catastrophes cérébrales de la syphilis qui s'appellent : l'hémiplégie, l'amnésie, l'aphasie, l'épilepsie, la déchéance des facultés intellectuelles, le coma, la pseudo-paralysie générale, etc., (à des degrés divers il inaugure le début de la syphilis cérébrale dans les deux tiers des cas approximativement);

2° Que nombre de sujets ont abouti à des accidents graves et souvent irréparables pour avoir négligé et non traité le salutaire avertissement de la céphalée prodromique;

3° Que nombre d'autres, au contraire, ont échappé à ces mêmes accidents pour s'être traités de bonne heure à propos de cette même céphalée prodromique, et ont pu ainsi enrayer l'invasion de la syphilis sur le cerveau. Ce qui m'a fait dire de vieille date, et l'expérience n'a fait que me confirmer dans cette opinion, qu'on guérit des syphilis cérébrales plus souvent qu'on ne le croit et qu'on ne s'en fait honneur.

Je tiens pour certain que nombre de « syphilis cérébrales en herbe » ont pu être enrayées dans leur développement ultérieur et guéries, parce qu'elles ont été attaquées et traitées dès la première heure, alors qu'elles ne se traduisaient encore que par ce trouble fonctionnel, ce bienfaisant avertisseur qui s'appelle la céphalée, et parce qu'un traitement répressif ne leur a pas permis de constituer dans le cerveau des lésions irréparables.

Est ce assez dire s'il y a intérêt pratique à ce que cette céphalée prémonitoire soit bien connue du médecin, connue pour ce qu'elle est, pour ce qu'elle peut rendre de services en dénonçant un péril qu'il est souvent au pouvoir de l'art de conjurer.

En quoi consiste-t-elle donc ?

En un mal de tête purement et simplement. Mais quel est ce mal de tête? Certes, il vaut la peine que nous essayions d'en pénétrer les caractères.

I. — D'abord, comme sensation, comme qualité de souffrance, si je puis ainsi parler, cette céphalalgie prémonitoire se distingue très nettement pour les malades de tout autre mal de tête, des névralgies, par exemple, ou du rhumatisme épicrânien. Et elle s'en distingue surtout par ce caractère formellement accusé d'être une douleur manifestement *interne* et *profonde*.

Certes, je ne saurais dire au juste où elle réside, où se localise son siège anatomique; mais il semble bien résulter des sensations décrites par les malades (autant que les sensations peuvent se décrire) qu'elle est d'origine intracrânienne, méningée ou cérébrale. C'est là ce que les patients accusent en disant, en répétant qu'ils ont mal « dans la tête, dans l'*intérieur* de la tête, dans le cerveau ». A ce point que ladite céphalée mériterait presque le nom d'*encéphalalgie*.

II. — Variable comme forme de douleur, elle se présente le plus souvent sous tel ou tel des trois types suivants :

1° Douleur *gravative*, avec pesanteur, alourdissement cérébral, abasourdissement ;

2° Douleur *constrictive*, produisant la sensation d'une forte pression, comme si la tête était « serrée dans un étau », comme si elle allait « se fendre, éclater » ;

3° Douleur de *martellement*, caractérisée par des sen-

sations intermittentes de coups de marteau, de coups à la fois lourds et pénétrants, toujours prodigieusement douloureux.

Ces trois types, d'ailleurs, s'associent ou se succèdent fréquemment.

III. — Comme localisation, la douleur de tête qui nous occupe affecte deux formes bien distinctes. Tantôt elle est *circonscrite*, *partielle*, nettement limitée à un point de la tête où elle reste fixe. Il peut se faire ainsi qu'elle ne dépasse pas l'étendue d'une pièce de deux francs ou de cinq francs. On dirait alors, suivant l'expression des malades, qu'elle est produite « par un coin, par un clou implanté dans le cerveau »; généralement, d'ailleurs, en pareil cas, elle offre le caractère térébrant.

Pour le dire immédiatement, c'est là une variété de la céphalée qui accompagne assez fréquemment les tumeurs cérébrales.

Tantôt, au contraire, elle est plus générale, plus *diffuse*. Elle occupe alors, par exemple, tout un département de l'encéphale, comme la région frontale, temporale, sincipitale, occipitale. Quelquefois elle s'étale sur plusieurs de ces régions à la fois. Quelquefois même (rarement, il est vrai) elle envahit la tête presque tout entière.

De ces diverses localisations, il en est une plus commune que d'autres, à savoir celle qui affecte la région frontale ou fronto-pariétale, latéralement. Notons cette particularité qui n'est pas sans intérêt, et sur laquelle j'aurai à revenir dans la suite de cet exposé.

IV. — Jusqu'ici, Messieurs, rien de bien caractéristique dans cette céphalée qui, avec ses variétés de forme et de siège, trouverait des analogues dans les douleurs de tête produites par nombre d'autres maladies. Mais insistons, étudions de plus près les attributs de cette douleur, et recherchons surtout si elle ne présente pas quelques particularités plus significatives, propres à en attester la spécificité.

Eh bien ! oui, cette céphalée présente, non pas toujours, mais fréquemment, certains caractères assez spéciaux pour donner l'éveil, pour attirer l'attention vers la syphilis.

Quels sont ces caractères ? Il en est trois principaux que voici :

Intensité habituelle et violence parfois extraordinaire de la douleur ;

Exacerbations nocturnes;

Persistance, ténacité, longue durée.

Quelques développements ne seront pas superflus à ce triple propos.

1° *Intensité habituelle et violence parfois extraordinaire de cette céphalée.* — La céphalée *cérébrale* est presque toujours remarquable par une intensité peu commune. C'est une douleur plus forte qu'un mal de tête habituel, qu'une migraine nerveuse, qu'une céphalalgie symptomatique de fièvre, de phlegmasie, etc. Les malades s'en plaignent amèrement, et leur attitude témoigne à l'unisson d'un haut degré de souffrance.

Même dans ses formes relativement légères, qui sont de beaucoup les plus habituelles, cette céphalée constitue un mal de tête *intense*, qui moleste vivement le malade, qui le rend triste, morose, abattu, alourdi, excitable, qui détermine l'insomnie, qui déprime l'intelligence et les facultés, qui diminue ou abolit même l'appétit, qui retentit sur les fonctions nutritives, etc.

A un degré supérieur, elle devient une douleur violente qui alite le malade, qui le rend incapable de tout travail, de tout exercice, qui le tient dans un état d'angoisse des plus pénibles, qui l'abrutit, qui l'anéantit véritablement.

Enfin, en quelques cas heureusement très rares, mais non moins essentiels à connaître, elle acquiert une intensité telle qu'elle s'élève au niveau des plus fortes douleurs que puisse supporter l'organisme. Elle est alors *atroce*, *épouvantable*, et je ne saurais vraiment trouver de termes trop énergiques pour la qualifier. Les malades affectés de la sorte sont littéralement fous de souffrance. Leur tête est si douloureuse, tellement sensible au toucher, qu'ils ont à peine la ressource de l'appuyer sur l'oreiller. Se tenant le crâne entre leurs mains, vous les voyez s'agiter, se tordre sur leur lit, jeter des cris déchirants, se lever et se recoucher vingt fois par heure, se rouler à terre, se démener comme des possédés, éclater en lamentations, en sanglots, etc.,etc.Tout entiers à leur douleur,c'est à peine s'ils prêtent attention à ce qui les entoure et s'ils répondent par monosyllabes aux questions qu'on leur adresse. Bref, et sans la moindre exagération, c'est là une scène d'angoisse comparable aux derniers instants de l'accouchement, ou bien aux crises des coliques hépatiques ou néphrétiques dans leurs paroxysmes les plus aigus.

Dans ces deux derniers degrés de la céphalée cérébrale, il n'est pas rare de voir apparaître certaines formes de *délire éphémère* : soit un délire tranquille et surtout un délire d'action, soit un délire furieux avec hallucinations, violences, tentatives de suicide ou d'homicide.

La première forme, qu'on observe surtout dans les cas de céphalée moyenne, consiste plus spécialement en des actes inconsidérés, étranges, comme impulsifs, auxquels s'ajoutent des propos extravagants, des paroles sans suite, mal articulées, etc.

J'ai eu l'occasion de soigner, avec M. le professeur Lorain de si regrettable mémoire, un jeune homme qui, à la suite d'une syphilis négligée, avait fini par être atteint de manifestations spécifiques graves, notamment d'accès formidables de céphalée, auxquels devait succéder plus tard une hémiplégie. En proie à l'un de ces accès, au moment où nous l'examinâmes pour la première fois, ce jeune homme répondait à peine à nos questions. Il paraissait indifférent à notre présence, étranger à tout ce qui se passait autour de lui. De temps à autre, il articulait des mots incohérents. Plusieurs fois, dans le cours de notre consultation, il se leva sans motif, comme égaré, se promena à l'aventure dans l'appartement, puis se recoucha, se découvrit, se recouvrit, etc.; et tout cela sans propos, sans intention arrêtée, à la façon d'un malade en délire.

Au contraire, la forme furieuse du délire s'observe presque exclusivement dans les accès de céphalée excessive.

Plusieurs fois on a vu des malades « fous de douleur » se livrer à des gesticulations, à des violences indentiques à celles de la manie aiguë, tenter de se suicider ou de tuer leurs gardiens. M le Dr Zambaco cite un cas de ce genre : dans une crise de céphalée atroce, le malade en question, « saisi d'un accès de fureur, s'empara d'un pistolet et se l'appliqua sur l'œil pour se faire sauter la cervelle ; heureusement il fut arrêté à temps ». Depuis cette époque, ajoute

l'auteur de l'observation, ce même malade « perdait la raison et divaguait entièrement dès que sa céphalée devenait intense, pour revenir ensuite à la raison complète dès que la douleur diminuait de violence. Une nuit, dans une crise de ces cruelles céphalées, il se précipita sur son gardien, le maltraita et faillit le tuer ».

Mettant hors de cause ce dernier ordre de cas, dans lesquels la suracuité de la douleur est un indice évidemment significatif, il ne demeure pas moins certain que la syphilis du cerveau est, en général, particulièrement remarquable par l'intensité des douleurs céphaliques qu'elle détermine. L'intensité seule de ces douleurs est donc un premier signe qui distingue la céphalée spécifique de la plupart des douleurs de tête d'ordre vulgaire. Qu'un tel signe n'ait rien d'absolument spécial, rien de pathognomonique, je n'y contredis pas; mais avouez que tout au moins il est bien fait pour *donner l'éveil*, pour exciter le soupçon de syphilis. Et c'est là l'essentiel en pareille matière.

2° La céphalée de la syphilis cérébrale est encore remarquable en certains cas par ses *exacerbations nocturnes*.

L'exacerbation nocturne, caractère bien connu des douleurs syphilitiques de tout genre, est parfois nettement accusée dans la syphilis cérébrale. Vous la trouverez signalée dans un certain nombre d'observations, à propos de malades chez lesquels la céphalée, moyenne pendant le jour, subissait pendant la nuit un surcroît d'intensité très notable. C'est donc là, de par la clinique, un fait des mieux avérés.

Il s'en faut cependant et de beaucoup que ce soit là un fait constant. En nombre de cas, l'exacerbation nocturne ne se produit pas ou tout au moins n'est pas suffisamment accentuée pour que le diagnostic ait à en tirer profit. Il y a plus même. On a vu parfois la céphalée tertiaire être moins forte la nuit que le jour et s'atténuer par le sommeil. La chose est exceptionnelle assurément, mais non moins authentique. Pour ma part, j'ai noté d'une façon très positive cette particularité sur deux de mes malades.

Au surplus, d'une façon générale, les symptômes douloureux de la syphilis tertiaire obéissent bien moins à l'influence nocturne que ceux de la période secondaire. C'est là un point que j'ai déjà plusieurs fois signalé. Et, en ce qui nous concerne actuellement, il n'est pas douteux que la céphalée tertiaire soit bien plus égale comme teneur, bien autrement continue, que ne l'est la céphalée secondaire.

Donc, comme conclusion, l'exacerbation nocturne de la céphalée dans la syphilis cérébrale est un signe d'une incontestable valeur séméiologique; mais c'est un signe inconstant, qui même fait défaut dans un grand nombre de cas. — Quand il existe, profitons-en; mais gardons-nous d'attacher à son absence une signification négative qu'elle ne comporte pas.

3° Enfin la céphalée qui accompagne la syphilis cérébrale est assez souvent remarquable par sa *ténacité*, sa *persistance*, *ses récidives*, en un mot, par sa *longue durée*.

Certes, pour la grande majorité des cas, la céphalée est un symptôme qui devance seulement de quelques semaines (3 à 6 semaines), quelques fois même pour une quinzaine seulement, les grands phénomènes encéphalopathiques, tels que l'épilepsie ou l'hémiplégie.

Mais il est des cas nombreux où la céphalée précède d'assez loin, et même de très loin, les accidents cérébraux. Il est assez commun, par exemple, qu'elle les précède de 3, 4, 5, 6 mois. Il devient plus rare qu'elle les devance d'une année. Et cependant on citerait certains malades qui, avant de subir la grande invasion cérébrale, ont été éprouvés pendant 2 ou 3 ans par des crises de maux de tête plus ou moins espacés et plus ou moins durables. Comme spécimen extrême de ce genre, j'ai relaté l'observation d'une de mes malades qui avant d'être affectée d'hémiplégie syphilitique a souffert pendant 4 ans 1/2 de crises assez vives de céphalée, crises devenues fort intenses, au cours des 15 ou 18 mois qui ont précédé la paralysie.

Ou bien encore plus souvent, il arrive ceci que je dois vous donner comme assez commun et en tout cas comme très instructif. C'est que sous l'influence du traitement spécifique insuffisant, la céphalée se calme plusieurs fois de suite pour récidiver à maintes reprises, et aboutir finalement à une catastrophe cérébrale. Je m'explique.

Un sujet menacé de syphilis cérébrale est pris de céphalée. Un traitement spécifique intervient, assez énergique pour dissiper le phénomène douleur, mais assez peu énergique pour enrayer la maladie. Qu'arrive-t-il ? La céphalée se dissipe pour quelque temps. Puis elle reparaît. Nouveau traitement de même ordre, elle disparaît encore pour revenir bientôt et ainsi de suite. Et finalement, après une série de crises céphalalgiques de cet ordre, entre en scène ou une hémiplégie, ou une épilepsie, ou une aphasie ou tel autre phénomène cérébral grave.

Laissez-moi donc prendre un exemple typique, le fixer en votre souvenir. Un jeune homme, que j'ai longtemps traité, avec le regretté professeur Charcot, pour des accidents d'épilepsie syphilitique, est resté sujet, pendant toute l'année qui a précédé ces accidents, à des crises de céphalée. Ces crises, d'après son dire, « ne faisaient qu'aller et venir, apparaître et disparaître ». Parfois, vers le milieu de la nuit, elles atteignaient une violence extrême. Conscient de son état et sachant fort bien à quoi rapporter ces maux de tête, le malade avait pour habitude, dès qu'il se sentait « pris », de se soumettre à l'usage de l'iodure de potassium, sans même consulter un médecin. Il s'administrait ainsi une faible dose de ce remède, soit un gramme en moyenne, quotidiennement. Cette petite dose suffisait à le soulager aussitôt. Puis, le mal disparu, le traitement était abandonné. Alors, réapparition de la céphalée, à quelque temps d'intervalle; nouveau recours à l'iodure, nouvelle guérison; puis, rechute; et ainsi de suite, jusqu'à ce que, en l'absence même des douleurs de tête qui s'étaient absolument calmées depuis plusieurs semaines, l'épilepsie fit brusquement invasion par des crises convulsives de la plus haute intensité.

Eh bien ! Messieurs, sachez-le, voilà ce que font ou plutôt ce que laissent faire les petites doses, les traitements timides, en pareil cas.

Résumons-nous :

De par ce qui précède, il est acquis que la céphalée prémonitoire de la syphilis cérébrale présente 3 caractères qui, sans rien avoir de pathognomonique, sont néanmoins assez spéciaux pour permettre de soupçonner une origine syphilitique. Ces trois caractères, que je ne crains pas de répéter à nouveau, sont :

L'intensité et parfois la violence presque significative de la douleur ;

Ses exacerbations nocturnes ;

Sa persistance, sa ténacité, ses retours fréquents.

Chacun de ces caractères a une valeur propre. Et tout naturellement, leur association possible, fréquente même, prend une signification d'autant plus péremptoire. Au point qu'on pourrait ériger ceci en aphorisme : sur un sujet syphilique, un mal de tête intense, violent, à exacerbations nocturnes, à retours fréquents, devient un symptôme révélateur qui atteste presque infailliblement une syphilis cérébrale en élaboration.

Eh bien ! s'il en est ainsi, si la céphalée constitue de la sorte un phénomène prémonitoire par excellence des grands accidents cérébraux, n'est-ce pas affaire à nous de profiter d'un tel symptôme ? Si ce premier avertissement nous donne le temps et la possibilité d'intervenir, de là dérive pour nous un enseignement majeur au point de vue pratique, à savoir : qu'il y a urgence à attaquer cette céphalée par le traitement le plus énergique, le plus intensif possible. Donc, avec une céphalée qu'on a lieu de croire prémonitoire de la syphilis cérébrale, pas de demi-mesure, pas de demi-traitement qui soulage, qui guérisse même le symptôme actuel, mais laisse subsister le danger d'avenir.

Car voilà la double faute qu'il s'agit de ne pas commettre, en l'espèce : ne viser et ne soulager que le symptôme actuel ; derrière ce symptôme, ne pas voir et laisser subsister la syphilis en élaboration. Donc, en face d'une céphalée qu'on a lieu de considérer comme prémonitoire, la médication la plus énergique est celle de rigueur. La prescrire illico est un véritable devoir qui s'impose.

Quelle sera-t-elle donc? D'abord elle sera mixte, c'est-à-dire qu'elle se composera de mercure et d'iodure, il faut devant l'imminence possible d'un grand danger faire feu de toutes pièces.

Ensuite, elle sera prescrite sous les formes et aux doses les plus actives et les plus immédiatement actives.

Car il faut à la fois frapper fort et vite. En conséquence, on prescrira :

1° Une injection de calomel à 10 centigrammes. Injection qui, au besoin, sera renouvelé de dix en dix jours;

2° L'iodure de potassium aux doses de 4 à 6 grammes s'il s'agit d'une femme, de 6 à 10 grammes s'il s'agit d'un homme.

Et ce n'est pas tout : reste le traitement d'avenir à ne pas oublier. Et, en effet, je ne saurais assez le répéter, tant la chose est d'importance pratique. Un malade qui a été affecté d'une céphalée prémonitoire, et qui en a guéri, est un malade qui a été affecté d'une syphilis cérébrale, mais qui en est resté à la première étape, au senil de cette redoutable localisation de la diathèse. Il faut le considérer comme un cérébral et le traiter comme tel, le traiter à la façon dont nous traitons nos malades qui ont subi plus avant les atteintes de l'encéphalopatie spécifique. Ceux-là, tout le monde est d'accord pour dire qu'il faut, alors qu'on a eu le bonheur de les sauver d'un premier assaut de la syphilis cérébrale, les traiter encore longtemps et d'une façon des plus persistantes, en vue de les préserver des recrudescences ou des récidives qui sont si fréquentes en l'espèce.

Donc, à la suite d'une céphalée prémonitoire guérie, l'indication formelle est de soumettre le malade à une longue série de traitements intermittents, en vue de sauvegarder l'avenir. (*A suivre.*)

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hopital Cochin. — M. E. Quénu

Traitement de deux gros anévrysmes par l'extirpation du sac.

J'ai présenté à l'Académie de Médecine, fin décembre 1894, un homme de 36 ans, opéré, le 5 décembre 1893, pour un volumineux anévrysme de l'artère iliaque externe droite et, 16 jours plus tard, le 21 décembre 1893, pour un anévrysme inguinal gauche. Ces deux anévrysmes ont été tous les deux traités par la méthode de l'extirpation. Aucun incident fâcheux n'a suivi l'une ou l'autre des interventions. Mon opéré, qui était clown au Nouveau-Cirque, a repris ses exercices depuis le 1er octobre, et paraît n'en éprouver aucun inconvénient. Il a été revu au commencement de 1895, toujours en parfait état de santé et sans aucun trouble du côté du système circulatoire. Je crois utile de publier *in extenso* l'observation de ce fait exceptionnel.

Au commencement de l'année 1891, le malade constata, de chaque côté de la région inguinale, une petite tumeur du volume d'une noix. La droite siégeait au-dessus du pli de l'aine, la gauche était située au-dessous : elles étaient toutes deux animées de battements.

Dans le courant de l'année 1892 il se produisit une augmentation de volume très sensible qui ne cessa de s'accuser l'année suivante, mais sans que le malade interrompît ses exercices d'acrobate ; je l'examinai, pour la première fois, au commencement d'octobre 1893. A cette époque on constatait dans la fosse iliaque droite une tumeur dépassant en haut l'ombilic de quatre travers de doigt, débordant en bas l'arcade de Fallope, allant de dedans en dehors, depuis la crête iliaque jusqu'à 2 ou 3 centimètres de la ligne blanche. Son volume pouvait être comparé à celui d'une tête d'enfant nouveau-né ; à son niveau, la peau était tendue, lisse, chaude, douloureuse au toucher.

La tumeur battait avec une grande énergie ; il était impossible, en déprimant fortement la paroi abdominale, d'atteindre l'iliaque primitive. A l'auscultation, souffle isochrone aux battements du cœur.

Du côté gauche, le triangle de Scarpa était occupé par une tumeur du volume d'une orange, dépassant en haut le pli de l'aine, en bas s'étendant jusqu'à cinq travers de doigt au-dessous de l'arcade de Fallope. Les battements et l'expansion des plus nets ne laissaient aucun doute sur l'existence d'un anévrysme de la fémorale commune. Du côté du cœur on entendait un souffle râpeux au premier temps, et au second temps un claquement très bruyant des valvules, signes indiquant manifestement une induration des valvules sigmoïdes. L'état général était peu satisfaisant, le teint blafard, bouffi, les fonctions digestives mauvaises ; habitudes d'éthylisme.

L'origine spécifique de ces anévrysmes ressortait tant

de la multiplicité des lésions artérielles que des aveux du malade.

Le diagnostic porté fut donc : anévrysme de nature spécifique de l'artère iliaque externe ou droite, avec possibilité d'extension à l'iliaque primitive et anévrysme de la fémorale commune à gauche. Nous étions, en outre, d'avis que l'anévrysme iliaque était sur le point de se rompre tant à cause du soulèvement de la peau, de sa vascularisation et de l'œdème qu'à cause des douleurs et de la tension extrême de la poche. Nous avions même, depuis un mois, averti le malade qu'il eût à cesser ses exercices d'acrobate, prévoyant qu'au beau milieu d'une représentation, une rupture soudaine pourrait amener une hémorrhagie foudroyante.

La considération d'un danger immédiat nous portait à intervenir malgré les difficultés à prévoir et la dualité de la lésion. Nous voulûmes, néanmoins, à cause de la gravité du cas, prendre l'avis de nos collègues de la Société de Chirurgie. Le malade leur fut présenté le 29 novembre 1893. Une minorité, dont faisait partie M. Lucas-Championnière, se prononça seule en faveur de l'opération. On nous prédit la section possible des artères par le fil, l'extension des lésions artérielles, la récidive à bref délai, le mauvais état général du malade, etc.

Ce furent les avis de la minorité, conformes à mes propres sentiments, que je suivis et l'opération fut décidée pour le 5 décembre.

Nous commençâmes par le gros anévrysme, le plus menaçant. Sous l'anesthésie chloroformique, une longue incision fut menée parallèlement à l'arcade de Fallope jusqu'au tiers moyen de la crête iliaque, puis une seconde incision verticale parallèle au grand axe de la tumeur. Le péritoine fut décollé non sans peine, la paroi abdominale était, en effet, enflammée et adhérente à l'anévrysme. Un écarteur vaginal étant appliqué en dedans sur le péritoine décollé, j'allai à la recherche du bout supérieur du sac anévrysmal afin de lier l'artère directement au-dessus. Le sac envoyait un prolongement dans le petit bassin et surplombait l'iliaque primitive. Je pus, néanmoins, m'assurer qu'il restait entre le pôle supérieur de la tumeur et la bifurcation de l'iliaque primitive un segment d'artère non dilatée de 1, 5 à 2 centimètres. Un gros fil de soie tressée plate fut passé autour de l'artère (dénudée le moins possible) et une deuxième ligature fut placée à un demi-centimètre au-dessous de la première. Je pris cette précaution à cause de l'état de l'artère iliaque que le doigt sentait rigide, fortement athéromateuse, « un véritable tuyau de pipe ».

La première ligature fut peu serrée; la deuxième le fut fortement. A ce moment, la tumeur cessa de battre; restait à rechercher le bout inférieur. Prolongeant en bas l'incision verticale, nous séparons un lambeau de paroi abdominale qui recouvre la tumeur et lui adhère tellement que nous sommes obligés de la détacher à coups de ciseaux. L'artère fémorale commune est ainsi liée à deux travers de doigt au-dessous de l'arcade de Fallope, laquelle est, bien entendu, incisée et sacrifiée.

Reste à disséquer la face antéro-interne : la circonflexe iliaque, des branches musculaires de la fémorale, l'épigastrique sont successivement liées.

Pendant cette dissection, une certaine quantité de sang altéré et de caillots s'écoule; puis tout d'un coup un flot de sang sort de la poche dont nous constatons la rupture en un point et la communication avec une cavité creusée dans l'épaisseur des muscles de la paroi abdominale. De grandes pinces à ligament large sont appliquées sur la déchirure et viennent à bout de l'hémorrhagie. Alors, section du pédicule inférieur, puis renversement de la poche en haut et en dehors et section du pédicule supérieur. Durée de l'opération : 1 heure 3/4.

Restauration de la paroi abdominale et de l'arcade fémorale; drainage.

Aucun phénomène consécutif qui pût faire craindre un défaut de rétablissement de la circulation. Une piqûre faite le lendemain sur le gros orteil amena une goutte de sang; comme sensations nous n'avons noté que quelques chatouillements dans le talon.

Température normale.

Le 12, enlèvement des fils à suture; le 16, élimination d'une soie. Nous devons ajouter que le traitement au sirop de Gibert, commencé à l'entrée à l'hôpital, est continué après l'opération.

Il nous semble que, dès ce jour, l'anévrysme gauche se développe, nous décidons de l'opérer sans tarder et sans attendre la cicatrisation complète du côté droit.

Le 21 décembre, soit seize jours après la première opération, nous menons une incision verticale par le grand axe de la tumeur; nous ajoutons une courte incision parallèle à l'arcade. L'opération, par suite du défaut d'adhérences à la peau, ne présente aucune difficulté. L'arcade est sectionnée et l'artère iliaque externe liée après décollement du péritoine. Dissection de la face antérieure de la tumeur d'où naissent quelques branches; recherche du bout inférieur; l'artère est fusionnée avec la veine; les deux sont comprises dans une même ligature.

Le plan opératoire consiste alors dans la recherche en dehors du nerf crural et dans la dissection de ce nerf qu'il faut avant toute chose ménager. La poche est renversée en dedans, un gros tronc s'en détache, c'est la fémorale profonde; il est lié et coupé. La tumeur renversée en haut ne tient plus que par son pédicule supérieur.

La tumeur enlevée, nous constatons que nous avons devant nous une préparation du triangle de Scarpa dont on aurait enlevé tout le contenu : artères, veines et lymphatiques, sauf les nerfs.

Pour boucher le trou du côté du ventre, nous reconstituons le ligament de Fallope et nous le suturons à l'aponévrose du pectiné. Le ventre se trouve ainsi bien isolé de la cuisse; drainage; durée : 1 heure 1/4.

Malgré le sacrifice de toutes les artères émanées des deux fémorales dans le triangle de Scarpa et l'extirpation de la veine fémorale, il n'est survenu aucune menace de gangrène, aucun trouble de la sensibilité.

La plaie restée aseptique pendant dix jours subit une infection secondaire; de plus elle prit un aspect ulcéreux rappelant l'aspect des ulcères syphilitiques tertiaires.

Après augmentation de la dose de sirop de Gibert, l'état local et général s'améliorent et le malade commence à se lever. Les mois de mars et avril se passent à éliminer quelques fils. A la fin d'avril, le côté droit est entièrement cicatrisé. Jusqu'à la fin de juin, la cicatrisation du côté gauche est retardée.

Exeat en juillet.

Revu le malade en octobre.

Il a repris sa profession; nous avons tout dernièrement assisté, sans le prévenir, à ses exercices; il est certain que ses deux opérations n'ont que peu altéré la souplesse de ses membres. Aucune trace de battement dans le ventre ni à la racine des membres inférieurs. Les bruits morbides cardiaques nous ont paru très atténués.

En somme, malgré les lenteurs de la cicatrisation due à l'inoculation des fils par le liquide probablement septique de la poche para-anévrysmale et l'inoculation du deuxième foyer opératoire, le résultat nous semble satisfaisant et nous ne croyons pas qu'une autre méthode eût été capable d'en donner un meilleur.

On pourrait, pour l'anévrysme inguinal, le gauche, discuter ma thérapeutique et se demander si la ligature audessus et au-dessous du sac n'aurait pas dû être préférée. Je pense que pour l'anévrysme iliaque enflammé et déjà rompu, le mieux était de ne pas laisser au contact du péritoine un pareil foyer. Je fais observer que ma première opération avait tellement peu affaibli le malade que j'ai pu entreprendre la seconde 15 jours après. A aucun moment il n'y eut à la suite de chaque intervention aucun malaise, aucune crainte d'accident quelconque et spécialement de gangrène. J'ai déjà traité par la méthode de l'extirpation du sac un anévrysme poplité, un anévrysme traumatique faux consécutif de la cubitale, un anévrysme vrai de la fémorale (1) : les résultats ont été excellents. J'ai été frappé dans ces observations d'anévrysmes de la facilité avec laquelle se rétablit la circulation et de l'absence des troubles, tels que le refroidissement, les fourmillements, etc., signalés fréquemment à la suite des ligatures.

Je ne suis pas éloigné de croire que l'extirpation met plus à l'abri de la gangrène que la ligature.

Nous ne sommes pas encore bien édifiés sur le mécanisme des gangrènes qui surviennent à la suite du traitement des anévrysmes par la ligature. Une simple ligature de fémorale amène parfois la gangrène, de même qu'une oblitération par rupture traumatique de l'artère iliaque externe, comme j'en ai observé un cas dans le service de mon maître, le professeur Tillaux. Nous voyons, d'autre part, que des ligatures d'artères, faites pour des plaies, ne produisent pas fréquemment le sphacèle du membre. J'ai observé, chez un employé de la place Clichy, qui était tombé à travers un toit de verre, une section de tout le creux poplité sauf des nerfs sciatiques. Je liai l'artère, la veine poplitée et toutes les collatérales; il n'y eut pas l'ombre de gêne circulatoire. Ces exemples ne sont pas exceptionnels. On me dira, évidemment, qu'en cas d'anévrysme la situation n'est pas la même; que l'oblitération d'une artère produit la gangrène, parce que l'arbre artériel est tout entier malade.

Mon opéré présentait précisément cette altération générale du système artériel, mes ligatures ont porté sur des artères dures et presque crayeuses. Du côté gauche, j'ai sacrifié non seulement la fémorale commune, mais la fémorale profonde et ses branches et même la veine fémorale. Je pense que le mécanisme de la gangrène à la suite des ligateurs pour anévrysmes est tout autre qu'on l'a dit. Je pense que dans la plupart des cas ce n'est guère le fait de l'oblitération au point ligaturé qui produit le sphacèle du membre. On ne comprendrait guère les différences si grandes observées chez des malades porteurs de lésions analogues et placés dans les mêmes conditions opératoires. Je soupçonne plutôt que le sac, dont on vient de coaguler le contenu, est un foyer d'embolies et que la gangrène survient par le fait d'oblitérations à distance dans tout un département artériel.

Nous avons recherché dans la littérature médicale si d'autres cas d'anévrysmes iliaques avaient été traités par l'extirpation, nous ne pouvons guère rapprocher de notre cas que l'observation présentée, par Bazy, à la Société de Chirurgie, le 7 janvier 1891, sous le titre d'anévrysme inguinal. La guérison complète suivit également la tentative opératoire de notre collègue.

Le cas de M. Rose (*Lancet*, 1883) ne saurait être, en effet, comme le fait remarquer M. Kirmisson, considéré comme un anévrysme inguinal; la preuve en est que la ligature porta non sur l'iliaque, mais sur la fémorale.

(1) Opération faite dans mon service par M. le Dr Sebileau.

NÉCROLOGIE

LE PROFESSEUR VERNEUIL

Mercredi dernier, le président de la Société de Chirurgie annonçait à ses collègues la mort du professeur Verneuil et levait la séance en signe de deuil.

Le professeur Verneuil, très affaibli depuis quelque temps, s'est éteint doucement, à la façon d'un homme qui s'est usé à trop penser. N'avait-il pas, il y a quelques mois, le sentiment de sa fin prochaine, le jour où il disait, les larmes aux yeux, en commençant son plaidoyer en faveur de la cure lente des fibromes naso-pharyngiens : « Je viens résumer ici le chapitre que j'ai écrit pour le sixième volume (ce sera, sans doute, le dernier) de mes mémoires de chirurgie » ?

Le professeur Verneuil avait une puissante intelligence. Il était érudit et chercheur; il a attaché son nom à une quantité considérable d'excellents travaux d'anatomie et de pathologie. Depuis déjà longtemps, il se plaisait à étudier les maladies générales, les diathèses et leurs rapports avec le traumatisme et les affections chirurgicales : il s'est créé, en explorant ce champ jusqu'alors inculte de la médecine, une gloire qui n'est pas près de s'éteindre.

Le professeur Verneuil avait l'esprit trop ouvert à toutes les choses de la science pour ne pas adopter, presque au jour de leur naissance, les théories nouvelles du microbisme et des infections. Lui-même, un des premiers, a défendu avec beaucoup de talent et de ténacité la nature infectieuse du tétanos. Peut-être n'a-t-il pas su faire toujours un départ équitable entre les infections d'ordre chirurgical et ce qu'il nommait si heureusement le réveil des diathèses.

Le professeur Verneuil avait l'intelligence alerte, aiguë; son imagination était vive, presque trop vive pour le savant qu'il était; il avait la parole nette, facile, élégante; il se plaisait quelquefois à être un peu malicieux, et il l'était toujours avec esprit.

Il était bon et confiant, presque trop bon et presque trop confiant...

C'est pour cela, sans doute, que tous ses élèves, ceux-là même qu'il a le moins choyés et le moins défendus, regretteront en lui le Maître bienveillant et paternel, l'Homme probe et fort, le Chercheur infatigable, le Chirurgien scrupuleux et exemplaire.

P. S.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 11 juin.

Traitement du diabète par la médication alternante.

M. A. Robin. — On sait que le diabète s'explique par deux théories : hypersécrétion du sucre ou défaut de sa consommation par ralentissement de la nutrition. Aussi y a-t-il deux traitements différents : l'un modère sa production; l'autre accélère sa combustion.

Or, il y a, chez le diabétique, comme je l'ai démontré, une exagération de tous les actes chimiques de la nutrition générale et suractivité particulière du foie et du système nerveux. Cette suractivité de la nutrition générale permet de considérer le diabète comme relevant de la première théorie.

C'est de là qu'il faut partir pour instituer le traitement. On écartera tout d'abord les méthodes qui accélèrent la nutrition. On soustraira à l'économie les matériaux les plus propres à la fabrication du sucre. Ainsi, la cellule hépatique sera du même coup privée de son excitant fonctionnel.

Les diabétiques ont une tendance à se déminéraliser. Aussi faut-il leur donner les éléments qui manquent à leur organisme. Le chlorure de sodium sera donc indiqué ; les légumes verts, s'il y a déperdition de potasse ; les glycérophosphates de chaux et de magnésie, s'il y a des pertes phosphatiques. Enfin, il faut de l'exercice, mais un exercice graduel et modéré.

Reste à étudier la médication du diabète. Il y a trois groupes : antipyrine, dans le premier; arsénicaux, codéine, alcalins terreux, sulfate de quinine, dans le second; valériane, opium, belladone, bromure de potassium, dans le troisième, auxquels s'ajoutent l'huile de foie de morue, les alcalins, le quinquina, comme adjuvants.

Chacun de ces groupes répond à une étape de ce que j'appelle le traitement alternant.

La première étape consiste dans l'emploi de l'antipyrine à la dose de 2 grammes par jour, à laquelle on peut associer du bicarbonate de soude. L'emploi de l'antipyrine ne doit pas durer plus de cinq jours, et il est à peu près contre-indiqué si le malade est en même temps albuminurique.

C'est donc après cinq jours que commence la seconde étape du traitement alternant. J'ai déjà indiqué le traitement qu'elle comprenait : sulfate de quinine, arsénicaux, codéine, carbonate de lithine, tous modérateurs des échanges.

Enfin, après quinze jours viennent les médicaments de la troisième étape : opium, belladone, bromure de potassium, alcalins, valériane. On doit s'arrêter un peu entre les deux dernières étapes. Telle est la série entière du traitement; quand elle est terminée, on s'en tient pendant un mois au régime seul pour la reprendre plus tard.

Dans les diabètes avec azoturie par dénutrition exagérée, le traitement varie suivant les cas. Le traitement alternant, l'alimentation grasse et la médication tonique peuvent trouver leurs indications.

J'ai soumis 100 diabétiques au traitement alternant, et voici les résultats que j'ai obtenus : 24 fois la guérison a été complète, 25 fois elle n'a pu encore être considérée comme définitive. 33 fois il y a eu amélioration considérable, 18 fois il y a eu peu ou pas de résultat.

Mesures contre l'alcoolisme.

M. Laborde propose à l'Académie, au nom de M. Bergeron et au sien, d'émettre le vœu suivant :

1° Que la rectification absolue de tout alcool soit établie, imposée et assurée par voie législative, de façon à ce qu'il ne puisse être livré à la circulation et à la consommation aucun alcool ni aucun produit alcoolisé impurs ;

Que tout produit ou composé destiné à la fabrication artificielle du vin et des liqueurs, ou pouvant simplement y être mêlé ou ajouté (bouquets, huiles de vins, aldéhydes), soit l'objet de mesures prohibitives absolues ;

2° Que ces mesures fondamentales soient aidées de toutes celles qui, au point de vue fiscal, répressif et moral, notamment la réduction de l'occasion et de la tentation par la limitation des licences et des débits, sont de nature à contribuer au but et au résultat préservatifs visés par la proposition ci-dessus.

Angine dipthérique à forme herpétique.

M. Dieulafoy cite les cas de quatre malades chez qui la clinique révélait simplement une angine herpétique, mais où par l'examen bactériologique on a reconnu se trouver en présence d'une angine diphtérique pure. Ceci démontre bien l'utilité et l'importance de l'examen bactériologique, absolument indispensable quand il faut porter le diagnostic de la nature d'une angine. Il faut bien savoir surtout que des vésicules d'herpès de la gorge, du nez, des lèvres, etc., ne suffisent pas pour nous faire porter le diagnostic d'angine herpétique, car il peut arriver que ces vésicules se rencontrent dans le cours des angines diphtériques. Aussi, au lieu de nous être utiles, les vésicules d'herpès nous induisent-elles en erreur.

M. Gauhe (du Gers) lit un travail sur la *théorie minérale de l'évolution et de la nutrition de la cellule animale.*

M. Despagnet lit, au nom de M. Valois et au sien, un travail sur la *stérilisation et la désinfection par la vapeur d'eau surchauffée sous pression.* J. P.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 4 juin.

De l'oïdium albicans.

M. Charrin. — J'ai eu l'occasion de rencontrer, dans un abcès sous-maxillaire, l'oïdium albicans du muguet. Ce parasite a déjà été vu en dehors des cavités qui communiquent avec l'air extérieur, mais il m'a paru intéressant de voir quel était son mode d'action pour créer la maladie générale. Voici les conclusions auxquelles j'ai abouti, avec l'aide de M. Ostrowsky :

L'oïdium albicans doit être placé sur la même ligne que les agents capables de produire la suppuration et la phagocytose. De plus, il peut détériorer les tissus mécaniquement ; ainsi, il est en telle abondance dans le rein que ce dernier devient imperméable. D'où abaissement de la toxicité urinaire, augmentation d'action du sérum, albuminurie, somnolence, urémie et auto-intoxication.

Il peut encore créer d'autres désordres, car l'oïdium albicans traverse facilement les membranes vivantes et il fait ainsi des entérites pseudo-membraneuses.

Mais il n'a pas grande influence à distance. Aussi ne produit-il pas, comme les bactéries, des changements dans la glycémie, dans la teneur en glycogène, dans l'isotomie des hématies, dans les gaz du sang.

D'autre part, ses produits toxiques sont peu puissants, il faut jusqu'à 30 et 40 grammes par kilogramme d'animal pour obtenir la mort. Ces produits, de plus, ne jouissent pas de la propriété de vacciner.

Si l'on compare donc le rôle de l'oïdium albicans à celui des microbes ordinaires que l'on est habitué à rencontrer, on voit que, comme ceux-ci, l'oïdium albicans est soumis à l'influence du sucre, des doses, des portes d'entrée, des agents physiques ou chimiques. Mais il en diffère par ce fait qu'il a recours, pour agir, à des procédés spéciaux. En effet, c'est surtout par action directe, localement, que ce parasite exerce son action. Les sécrétions lui

sont de pen d'utilité. On sait qu'au contraire les microhes vrais ont rarement recours à des moyens mécaniques, mais que par leurs poisons et leurs sécrétions ils agissent heaucoup à distance.

Phénomènes chimiques de l'ossification.

M. Chabrié. — Le sang agit sur les réactions chimiques de la calcification des cartilages par des éléments histologiques. Les globules sanguins existent, en effet, dans le cartilage au moment de l'ossification, et ils sont détruits par le carbonate d'ammoniaque. Et c'est sans doute dans les cellules osseuses en voie de formation que sont détruits les globules sanguins.

Ces globules détruits, la lécithine qu'ils contiennent est mise en liberté. Celle-ci précipite les sels de chaux en fixant l'acide carbonique qui les tient dissous dans le sang.

Dans l'ostéomalacie, la lécithine est saponifiée et donnera des acides gras, en même temps qu'une grande partie de la chaux est remplacée par de la magnésie.

Séance du 10 juin.

Recherches sur les modifications de la nutrition chez les cancéreux.

MM. Duplay et **Savoire.** — La diminution du taux de l'urée et des phosphates considérée comme constante dans les cas de cancer a été classée, dans ces dernières années, parmi les éléments pathognomoniques du diagnostic des affections cancéreuses. Les recherches que nous avons entreprises, en collaboration avec M. le docteur Cazin, nous conduisent à interpréter les faits d'une manière différente.

Selon nous, le taux quotidien de l'urée chez les cancéreux dépend uniquement de l'alimentation à laquelle ces malades sont soumis, et, sous l'influence d'un régime assurant une alimentation suffisante, le taux de l'urée ne s'éloigne pas sensiblement du chiffre normal.

L'influence du régime alimentaire se montre dans le rendement journalier des phosphates comme elle se montre dans le rendement de l'urée.

On admet, d'une façon générale, qu'un individu sain doit excréter, par vingt-quatre heures, 20 grammes d'urée et 1 gr. 50 ou 2 grammes d'acide phosphorique. M. Rommelaere dit, d'autre part, que chez les individus atteints de tumeurs de mauvaise nature, l'excrétion de l'urée ne dépasse pas le taux de 12 grammes par jour. Nos observations ont porté sur 15 individus cancéreux. Nos analyses ont été faites pour chacun d'eux pendant dix jours consécutifs. Nos malades ont été mis régulièrement au régime lacté. C'est une alimentation suffisante et tous ceux qui l'ont acceptée n'ont pas excrété chaque jour moins de 21 gr. 14 centigr. d'urée. Deux de nos malades ont, néanmoins, présenté une hypoazoturie persistante, mais tous les deux ne s'alimentaient plus, en quelque sorte, et ne pouvaient supporter le régime lacté.

Il ressort de ces faits que l'on n'est pas en droit d'ériger, en signe pathognomonique du cancer, l'hypoazoturie ni l'hypophosphaturie. L'une et l'autre sont simplement liées à l'insuffisance de l'alimentation, comme le prouvent nos recherches. L'erreur vient de ce que les urologistes n'ont pas suffisamment tenu compte, dans leurs examens, de l'alimentation généralement insuffisante des hôpitaux, d'ailleurs très mal supportée par les cancéreux. J. P.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 7 juin.

Deux cas d'inversion des viscères.

M. Gingeot présente deux malades dont l'un offre une inversion générale des viscères et l'autre une inversion cardiaque. Le cœur bat dans le cinquième espace intercostal droit; tous les autres organes sont à leur place. S'agit-il là d'une ectopie congénitale ou acquise ?

Hémoglobinurie paroxystique essentielle.

MM. A. Siredey et **Garnier** rapportent l'observation d'une malade de trente-sept ans, atteinte d'hémoglobinurie; cette malade n'avait aucune tare pathologique.

La première attaque remonte en janvier 1891. Au mois d'avril 1895 éclata, sans cause apparente, une nouvelle crise précédée, comme la première, d'un frisson avec douleur à l'épigastre et aux lombes, de nausées et de vomissements. Les urines rendues étaient nettement rouges, et au spectroscope elles présentaient les raies d'absorption de l'oxyhémoglobine et de la méthémoglobine.

Les crises se sont répétées sous des influences variables (température extérieure, fatigue), quelquefois sans cause apparente.

On retrouve chez cette malade les symptômes habituels de l'hémoglobinurie : violent malaise initial avec grand frisson, constriction épigastrique avec douleur lombaire, courbature, bâillements, nausées et quelquefois vomissements, refroidissement et cyanose des extrémités, enfin émission d'urines colorées, présentant une gamme ascendante suivie d'une gamme descendante qui ramène en quelques heures l'urine à sa normale.

Pendant les crises, le sérum prélevé était toujours franchement rouge, d'aspect laqué et le caillot de coagulation ne tardait pas à se dissoudre.

Dans l'intervalle des crises, on a pu reproduire chez cette malade l'expérience d'Ehrlich et de Lépine. Après avoir laissé les deux bras pendre hors du lit pendant quelques minutes, la main droite a été plongée pendant une demi-heure environ dans de l'eau refroidie à 0°, le doigt annulaire étant en quelque sorte isolé par une ligature faite à sa base; puis on a pris un peu de sang des deux annulaires qu'on a mis dans des éprouvettes.

Le lendemain, le sérum des deux annulaires avait la même apparence; il n'y avait pas de caillot; celui ci s'était probablement redissous dans le sérum, qui présentait une coloration rouge un aspect laqué.

Ce sérum dilué, examiné au spectroscope, présentait les raies de l'oxyhémoglobine et de la méthémoglobine, même expérience les jours suivants : le sang s'est tout d'abord coagulé rapidement. Le sérum très fortement coloré en rouge dans la partie inférieure en contact avec le caillot, était d'un rose plus clair dans la couche superficielle.

Il serait difficile d'affirmer que la couche superficielle du sérum ne renfermait pas d'hémoglobine, mais elle est, en tous cas, bien la moins colorée que la couche profonde. Au bout de quatre heures, coloration est la même sur toute la hauteur du sérum et le caillot en grande partie est dissous.

La coloration rouge du sérum recueilli au moment de l'accès est bien la même que celle du sérum recueilli en dehors des crises. Cet aspect ne laisse aucun doute sur la dissolution de l'hémoglobine pendant et après les crises.

La coloration rouge-cerise et la redissolution du caillot peu de temps après sa formation sont les points principaux de l'hémoglobinurie; on ne sait quel est le premier en date.

On sait que d'après l'expérience d'Ehrlich et Lépine (hémoglobinémie locale par refroidissement), il suffit de refroidir un doigt pour que le sang de ce doigt dissolve son hémoglobine. Dans le cas de M. Siredey, le sérum du doigt refroidi a paru, au contraire, moins coloré.

La coloration du sérum n'est-elle pas due à la dissolution du caillot. M. Hayem en 1889 a essayé de l'établir; il a vu quelquefois le sérum d'abord incolore, se colorant à mesure de la dissolution du caillot; mais, dans d'autres cas, même en dehors des crises, le sérum était coloré dès le début de l'expérience.

Au début de la crise, alors que l'urine est à peine teintée, elle contient déjà de l'albumine et présente le spectre de l'hémoglobine (mélange d'oxyhémoglobine et de méthémoglobine). Les glo-

bules rouges ont toujours été absents de l'urine. La crise durait habituellement de 4 à 5 heures. A la fin de la crise il n'y a plus d'hémoglobine et d'albumine. On trouve alors de l'urohiline.

M. Hayem rappelle qu'il avait considéré l'expérience d'Ehrlich comme nullement démonstrative. Trois points principaux doivent être mis en lumière dans l'hémoglobinurie :

1° Les urines qui viennent d'être rendues contiennent de la méthémoglobine dans une proportion en rapport avec la coloration de l'urine. Le spectroscope à main est insuffisant pour reconnaître ces petites quantités de méthémoglobine. On a pensé qu'il s'agissait là d'une simple dissolution de l'hémoglobine du sang, passant ensuite à travers les urines; mais on sait que, hors de l'organisme, l'hémoglobine ne se transforme en méthémoglobine qu'au bout de vingt-quatre heures; enfin, si on provoque artificiellement chez les animaux la dissolution du sang par des injections d'eau distillée, ce qu'on retrouve dans les urines, c'est de l'hémoglobine et non de la méthémoglobine. Pour que celle-ci apparaisse, il faut injecter dans le sang des substances toxiques comme du chlorate de soude.

2° La redissolution du caillot. Elle se produit généralement au bout de vingt-quatre heures; quelquefois elle est plus précoce ou plus tardive. Ce fait indique une altération profonde du song. Le sang humain reste coagulé indéfiniment dans une glacière.

3° La coloration du sérum laqué peut s'observer en dehors des attaques d'hémoglobunurie; il est souvent plus foncé en dehors de l'attaque. De plus, il est certain que le sérum du sang devient de plus en plus coloré à mesure qu'il transsude. Si on examine une préparation de sang maculeux à 4 degrés au-dessus de zéro, on voit des globules rouges en train de se dissoudre, ce qui explique cette coloration.

L'hémoglobunurie n'est donc pas due à une simple dissolution de l'hémoglobine. Il faut admettre qu'il existe dans le sang une substance toxique agissant comme le chlorate de soude, pour former de la méthémoglobine. Les accès seraient dus à un empoisonnement passager du sang.

M. Chauffard. — Chez un malade que j'ai observé il m'a semblé que l'accès était soumis à une influence nerveuse. Ainsi, dès que je plongeais la main de mon malade dans l'eau, l'accès semblait vouloir apparaître. Pour l'expliquer, il est impossible d'invoquer une réfrigération totale du sang. La seule intervention dans ce cas est celle d'un réflexe nerveux.

M. Siredey a noté un fait analogue chez sa malade; un grand frisson au moment où elle plongeait sa main dans l'eau froide.

Endocardite végétante métapneumonique sans signes pendant la vie. — Aortite péricoronarienne au cours d'une néphrite artérielle.

M. Huchard présente deux pièces anatomiques.

Dans le premier cas, une grosse végétation implantée sur la base de la petite valve de la mitrale oblitérait le tiers de l'orifice mitral. Aucun signe n'avait été perçu pendant la vie.

Dans le second cas, il s'agit d'un malade atteint de néphrite interstitielle, qui mourut subitement en dix minutes. A l'autopsie on trouva une aortite en plaques. L'une de ces plaques entourait l'artère coronaire droite qui était oblitérée. Le malade ne présentait aucun signe de paludisme (on sait que M. Lancereaux considère l'aortite en plaques comme d'origine paludique).

Emploi des chambres de vapeur dans le croup.

M. Variot communique ses recherches sur la réduction des interventions chirurgicales dans le croup par l'emploi des chambres de vapeur.

A l'hôpital Trousseau, sur 520 malades diphtériques après examen bactériologique, on a abaissé le chiffre des interventions à 14 0/0 au lieu de 26 0/0 en moyenne dans les statistiques similaires.

Dès que les enfants commencent à présenter du tirage, qu'il s'agisse d'ailleurs d'un croup membraneux ou d'une laryngite suffocante non diphtérique, il faut les faire respirer dans une atmosphère sursaturée de vapeur d'eau, après avoir pratiqué préalablement une injection de sérum antidiphtérique. Il suffit pour cela, dans une chambre close, de faire évaporer l'eau d'une bassine avec un bec de gaz ou une lampe à alcool. La vapeur d'eau inhalée en même temps que l'air atmosphérique exerce probablement une action déliquescente sur les membranes dont elle favorise l'expulsion et aussi une action sédative sur les nerfs de la muqueuse laryngée. Les phénomènes spasmodiques et le cornage cèdent assez généralement au bout de quelques heures.

Cette médication simple et inoffensive trouve son emploi à côté du tubage dans la médecine hospitalière, et dans la pratique privée de la ville et de la campagne, elle permettra de réduire au minimum la trachéotomie. L'action de la vapeur d'eau dans le croup paraît être un puissant adjuvant de la sérumthérapie.

H. Méry.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 8 juin.

Des troubles de la température, des combustions respiratoires et de la thermogenèse par les toxines diphtériques.

MM. Arloing et Laulanié. — On sait, depuis que M. Bouchard et que M. d'Arsonval l'ont montré, que ce n'est pas par le thermomètre qu'on peut exactement être renseigné sur la quantité de chaleur fabriquée par un sujet à un moment donné, et que par la calorimétrie seule on arrive à des résultats certains.

C'est par la calorimétrie qu'ont été examinés les troubles du rayonnement sous l'influence des produits solubles du bacille pyocyanique et de la tuberculine, et MM. Langlois, Charrin et d'Arsonval ont signalé une diminution de la chaleur cédée au calorimètre et une augmentation de la température centrale fébrile, à moins toutefois que les toxines pyocyaniques n'aient été décolorées.

Nous voulons vous faire connaître les résultats expérimentaux que nous avons obtenus avec les toxines diphtériques, par l'examen de la thermogenèse, du chimisme respiratoire et de la température.

Les différents auteurs qui se sont occupés de la température dans l'intoxication diphtérique ont montré que la phase d'incubation est marquée par de l'hyperthermie, et que la maladie se termine par de l'hypothermie. Nous croyons devoir distinguer quatre phases dans la température de la diphtérie. C'est d'abord une phase d'incubation proprement dite, difficile à saisir, puis une phase d'hyperthermie croissante avec augmentation concomitante du chimisme respiratoire; vient une phase d'hyperthermie décroissante, où la température descend lentement, avec chute des combustions au-dessous de leur valeur normale, sans que pour cela la température perde son caractère fébrile. La dernière période est une phase d'hypothermie où il y a dépression accusée du chimisme respiratoire.

Aussi, concluons-nous :

1° L'intoxication diphtérique détermine successivement de la fièvre et des troubles hypothermiques.

2° L'hyperthermie n'est point l'expression ni la mesure des combustions respiratoires et de la thermogenèse.

3° Elle coïncide pendant un certain temps avec une diminution des combustions respiratoires.

4° L'hypothermie est secondaire et résulte de la dépression vitale imprimée à l'organisme.

5° Elle coïncide toujours avec un abaissement infligé à l'intensité des combustions respiratoires et marche relativement à la cause principale plus vite que l'échauffement.

6° Dans le cas particulier, l'hyperthermie reste le seul témoin clinique et physiologique de l'état fébrile.

7° Des facteurs étrangers au chimisme respiratoire, qui restent

à déterminer, interviennent à nn certain moment des phases hyperthermiqnes et hypothermiques et concourent à l'échauffement ou au refroidissement.

M. d'Arsonval. — Ce qui montre bien que le thermomètre est incapable de renseigner sur les variations de la thermogenèse, c'est que sur des animaux j'ai fait voir que la température pouvait beaucoup s'abaisser quand le calorimètre montrait une surproduction de chaleur.

Action hypothermisante du bacterium coli.

M. Boix. — J'ai fait ingérer chaque jour 2 à 3 centimètres cubes d'une culture de bacterinm coli à des lapins qui sont morts au bout de quinze à cinquante jours avec une hypothermie de plusieurs degrés. Le produit de filtration des cultures du bacterinm coli provenant de l'intestin du lapin, ou colitoxine, a aussi une action hypothermisante.

On pourrait conclure de ces faits que les ictères graves avec hypothermie sont des colibacilloses à détermination hépatique.

Fièvre biliaire hématurique.

M. Nocard dépose, au nom de M. Yersin, une note sur la fièvre biliaire hématurique. Dans l'urine des malades souffrant de cette affection, celui-ci a trouvé un petit bacille cultivant sur la gélose et qui tue rapidement les souris. De nouvelles expériences seraient nécessaires avant d'affirmer qu'on est en présence de l'agent pathogène de la fièvre bilieuse hématurique.

On sait que certains auteurs ne voient dans cette maladie qu'une manifestation du paludisme.

Sur un cas de dégénérescence rétrograde dans les cordons antérieurs et latéraux de la moelle.

MM. Déjerine et Sottas. — Voici un nouveau cas de dégénérescence rétrograde des fibres pyramidales de la moelle. Il s'agit d'une myélite transverse d'origine syphilitique siégeant dans la région dorsale. Nous avons trouvé dans cette moelle, outre les dégénérations secondaires classiques des faisceaux moteurs au-dessous de la lésion, des faisceaux cérébelleux directs et du cordon de Goll au-dessus de la lésion, une dégénérescence ascendante du faisceau pyramidal des deux côtés, ainsi que de la partie interne des cordons antérieurs. Cette dégénérescence ascendante montait, en s'atténuant progressivement, jusqu'au collet du bulbe. Elle disparaissait dans les pyramides antérieures du bulbe au-dessus de la décussation des pyramides.

Des faits de ce genre ont été rapportés antérieurement, notamment dans la thèse de Michaud (1871). Mais ce n'est que depuis peu de temps que l'on connaît la signification de cette sclérose ascendante secondaire du faisceau pyramidal. L'un de nous en a déjà signalé plusieurs exemples, en novembre 1893.

Rapprochant donc ces résultats anatomo-pathologiques des résultats expérimentaux obtenus par Von Gudden, Forel, Von Monakon, lesquels prouvent que l'interruption d'un système de fibres en un point de son trajet entraîne la dégénérescence de ce système dans les deux sens, nous donnons le nom de *dégénérescence rétrograde* à la dégénérescence centripète et nous l'opposons à la dégénérescence centrifuge décrite par Waller.

Il y a tontefois quelques différences de degré entre ces deux sortes de dégénérescence. La dégénérescence rétrograde centripète est toujours moins prononcée que la dégénérescence centrifuge. Elle s'atténue progressivement en s'éloignant du siège de la lésion ...emière. Enfin, son apparition semble être tardive. Il y avait ...te ans que notre malade portait sa lésion spinale.

...uant à la dégénérescence ascendante de la partie interne des dons antérieurs, elle appartient certainement au faisceau pyramidal direct; il est même problable qu'elle comprend des fibres ...rigine médullaire proprement dite appartenant au faisceau ...rginal antérieur, parce que, au niveau du bulbe, la zone dégé...érée est un peu rejetée en dehors.

M. Chauveau communique une note de M. Tissot, d'après laquelle il serait établi que les muscles vivants séparés du corps continuent à absorber de l'oxygène. J. P.

ACTES DE LA FACULTÉ

DU 17 AU 22 JUIN 1895

EXAMENS

Lundi 17 juin. — 2e Oral (1re partie) : MM. Marchand, Retterer, Sebileau. — 3e Oral (1re partie) : MM. Delens, Delbet, Varnier. — 5e Chirurgie (1re partie, 1re série), Hôtel-Dieu : MM. Monod. Kirmisson, Jalaguier. — 5e Chirurgie (1re partie, 2e série), Hôtel-Dieu : MM. Segond, Reclus, Ricard. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu : MM. Fournier, Chauffard, Gaucher.

Mardi 18 juin. — *Dissection* : MM. Remy, Bonilly, Poirier. — 2e Oral (1re partie) : MM. Palaillon, Campenon, Quénu. — 4e (1re série) : MM. Proust, Charrin, Letulle. — 4e (2e partie) : MM. Pouchet, Chantemesse, Gilbert. — 5e Chirurgie (1re partie), Charité : MM. Guyon, Richelot, Alharran. — 5e Chirurgie (2e partie, 1re série), Charité : MM. Cornil, Hallopeau, Marfan. — 5e (2e partie, 2e série), Charité : MM. Jaccoud, Raymond, Ballet.

Mercredi 19 juin. — *Dissection* : MM. Reclus, Jalaguier, Sebileau. — 2e Oral (1re partie) : MM. Segond, Retterer, Poirier. — 4e : MM. Pouchet, Landouzy, Netter. — 5e Chirurgie (1re partie), Hôtel-Dieu : MM. Delens, Monod, Tuffier. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu : MM. Hayem, Joffroy, Dejerine.

Jeudi 20 juin. — *Médecine opératoire* : MM. Panas, Pozzi, Alharran. — 2e Oral (1re partie) : MM. Polaillon, Remy, Poirier. — 3e Oral (1re partie, 1re série) : MM. Guyon, Schwartz, Bar. — 3e Oral (1re partie, 2e série) : MM. Bouilly, Budin, Nélaton. — 3e (2e partie) : MM. Dieulafoy, Raymond, Charrin. — 4e : MM. Proust, Pouchet, Gilbert.

Vendredi 21 juin. — 2e Oral (1re partie, 2e série) : MM. Monod, Tuffier, Sebileau. — 2e Oral (1re partie, 2e série) : MM. Delhet, Retterer, Poirier. — 4e : MM. Pouchet, Landouzy, Netter. — 5e Chirurgie (1re partie), Charité : MM. Delens, Reclus, Lejars. — 5e (2e partie, 1re série), Charité MM. Potain, Hayem, Brissaud. — 5e (2e partie, 2e série), Charité : MM. Grancher, Straus, Chauffard. — 5e Obstétrique (1re partie), Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Marchand, Varnier.

Samedi 22 juin. — *Dissection* : MM. Polaillon, Humbert, Poirier. — 3e Oral (1re partie) : MM. Remy, Schwartz, Quénu. — 5e Chirurgie (1re partie), Hôtel-Dieu : MM. Panas, Richelot, Nélaton. — 5e (2e partie, 1re série), Hôtel-Dieu : MM. Dieulafoy, Raymond, Marie. — 5e (2e partie, 2e série), Hôtel-Dieu : MM. Cornil, Letulle, Ménétrier. — 5e Obstétrique (1re partie), Clinique d'Accouchements, rue d'Assas : MM. Tarnier, Maygrier, Bar.

OFFICIAT

Mercredi 19 juin. — 2e (Hôtel-Dieu) : MM. Fournier, Delhet, Varnier.

THÈSES

Mercredi 19 juin. — *M. de Quental* : Traitement de la lithiase biliaire (MM. Potain, Pinard, Marchand, Gaucher). — *M. Gibert* : Des avantages de l'antisepsie par l'alcool pour le médecin de campagne (MM. Pinard, Potain, Marchand, Gaucher). — *M. Isaac* : De la grossesse consécutive aux traitements conservateurs dans les affections inflammatoires des annexes (MM. Tillaux, Terrier, Ricard, Lejars). — *M. Rosenbaum* : Résultats immédiats et éloignés du traitement des hémorroïdes par la dilatation forcée (MM. Terrier, Tillaux, Ricard, Lejars).

Jeudi 20 juin. — *M. Lemoine* : Contribution à l'étude de l'emploi du chloroforme administré à l'intérieur dans les diverses maladies (MM. Brouardel, Laboulhène, Ballet, Roger). — *M. Pollet* : Du choix des éponges et de leur emploi en chirurgie (MM. Laboulhène, Brouardel, Ballet, Roger). — *M. Galame* : Des déformations de la main dans quelques maladies générales (séméiologie et pathogénie) (MM. Bouchard, Grancher, Marie, Letulle). — *M. Knopf* : Les sanatoria, traitement et prophylaxie de la phtisie pulmonaire (MM. Grancher, Bouchard, Marie, Letulle). — *Marier Aimée* : Contribution à l'étude de la gangrène phéniquée (MM. Le Dentu, Humbert, Richelot, Brun). — *M. Boniface* : De l'hallus valgus (pied en equerre) (MM. Le Dentu, Humbert, Richelot, Brun).

66e Année. 9e Série. Tome II — N° 25 — 22 Juin 1895

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : **Dr F. de RANSE** — *Rédacteur en chef :* **Dr Pierre SEBILEAU**

Secrétaire de la Rédaction : **M. Em. EMERY**

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 28, rue Vignon

CLINIQUE MÉDICALE

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. LE DOCTEUR FOURNIER

Les céphalées syphilitiques.

Leçon publiée par M. E. Emery, interne du service.

(*Suite et fin.*)

Telles sont les céphalées qui dérivent directement de la syphilis, les céphalées syphilitiques proprement dites.

Mais vous savez que la syphilis ne fait pas que de la syphilis, c'est-à-dire qu'elle n'est pas seulement coupable dn groupe d'accidents, déjà cependant si étendu et si complexe, qu'on lui rattache d'un unanime aveu, sous le nom d'accidents spécifiques. Très souvent, elle réalise en actes nombre d'autres manifestations morbides qui, pour n'avoir plus rien de syphilique comme nature, n'en restent pas moins syphilitiques d'origine, en ce sens qu'elles sont issues, nées de la syphilis, qu'elles se sont produites de son fait, sous son influence, voire qu'elles ne se seraient pas produites de son fait le plus souvent suivant toute vraisemblance.

C'est à ce groupe d'affections qu'on donne actuellement le nom d'affections parasyphilitiques.

Or, parmi ces affections parasyphilitiques, il en est plus d'une qui compte, au nombre de ses expressions morbides, des maux de tête variés de forme, tels, par exemple, que le tabes avec ses douleurs névralgiformes crâniennes, ou l'hystérie avec sa céphalée propre, son « clou » spécial bien connu, etc. Mais nulle, à ce point de vue, n'est à mettre sur le même plan que la neurasthénie qui a une céphalée célèbre, presque fameuse. C'est de cette céphalée que je dois vous entretenir comme complément à notre étude actuelle.

Rappelons d'abord que la neurasthénie est une conséquence commune de la syphilis. Il est incontestable que nombre de syphilis, pour des raisons diverses, aboutissent à la neurasthénie ; il est absolument certain que la syphilis devient assez fréquemment l'occasion d'un état de souffrance générale du système nerveux, qu'elle imprime à tout ce système une perturbation profonde, un véritable « branle-bas » comme disait Ricord, et qu'elle engendre de la sorte une sorte de diathèse nerveuse, de neurasthénie, qui se traduit, comme on le sait, par une pléiade d'accidents nerveux de tout genre.

Or, au nombre de ces accidents figure, et parmi les plus fréquents, une céphalée particulière, dite céphalée neurasthénique.

A deux titres, cette céphalée neurasthénique nous intéresse particulièrement d'abord, en tant que phénomène clinique, puis en tant que phénomène clinique essentiellement trompeur. Elle peut en imposer pour une céphalée spécifique, syphilitique, disons mieux, elle a, pendant des siècles, été confondue avec la céphalée syphilitique, jusqu'au jour où Béard, Charcot et d'autres ont enfin distingué, isolé la neurasthénie comme névrose propre et nous ont permis, à nous syphiliographes, de différencier la céphalée de nos malades de la céphalée relevant de cette névrose.

J'arrive au fait. Qu'est-ce donc que cette céphalée de la neurasthénie parasyphilitique ?

Rien autre que ce qu'elle est couramment, usuellement, alors qu'elle dérive de n'importe quelle autre cause. Elle consiste purement et simplement en ceci : Un mal de tête, ou plutôt, disons mieux, un état de *malaise de la tête*, plus importun que douloureux et de malaise habituel, permanent, durable.

Car, ce qui en fait l'importance, disons-le immédiatement, ce n'est pas la douleur même en raison de son intensité, de son acuité, mais bien la persistance, la permanence, la *durée*. Rien d'odieux, d'intolérable comme un mal (voire un petit mal) assidu, continu, qui vous persécute incessamment, qui s'installe à l'état de fait habituel et avec lequel on n'en a jamais fini. Or, précisément, telle est la céphalée neurasthénique, dont la durée ne se compte

guère par mois, mais plutôt par années. En sorte que, sans comporter une grande acuité douloureuse, elle n'en aboutit pas moins à troubler absolument l'existence et à devenir un véritable supplice.

Comme exemple du genre (mais comme exemple à coup sûr exagéré, excessif, car il s'en faut très heureusement que ce soit là un type habituel), je vous citerai le cas d'un de mes malades de la ville qui a été affecté d'une céphalée de cet ordre pendant une dizaine d'années. Après avoir contracté en 1879 une syphilis dont il se traita d'ailleurs assez correctement, il commença, vers 1883, à souffrir de la tête d'une façon rappelant exactement la céphalée neurasthénique; puis ce mal de tête, avec des intermissions et des exacerbations tout aussi inexplicables les unes que les autres, l'a poursuivi pendant dix ans jusqu'en 1892. Et cela, notez-le, en dépit d'une bonne hygiène, en dépit de tous les efforts de la thérapeutique. Il va sans dire qu'au cours de ces dix années, le malade, soit de son gré, soit sur mon invitation, est allé maintes fois requérir l'avis de plusieurs de mes collègues (de M. le professeur Charcot notamment), qui, tous, me l'ont renvoyé avec ce même diagnostic: « Céphalée nerveuse, céphalée neurasthénique ». Il va sans dire aussi qu'il a été soumis à des médications de tout genre, sans parler du traitement spécifique à hautes doses. Peine perdue! Je puis dire que *tout* a été fait sans résultat. Et le mal s'est usé, « s'est usé de vieillesse », suivant l'expression même du patient, plutôt qu'il n'a cédé à aucun remède.

Il s'en faut, je le répète, que la céphalée neurasthénique se prolonge usuellement à ce degré. Mais sa durée, d'ailleurs très irrégulière et non susceptible d'appréciation fixe, ne s'abaisse guère au-dessous de quelques années. Si bien que c'est elle qui constitue surtout le côté fâcheux du pronostic.

Car, au total, — et avec ceci nous allons reprendre l'exposé clinique de la question, — cette céphalée n'est pas une douleur vraie, vive, pénible, anxieuse, à l'instar de la migraine ou de la céphalée syphilitique soit secondaire, soit tertiaire. Le plus souvent, c'est bien plutôt un « embarras de la tête », une sensation de gêne dans la tête qu'une douleur réelle.

Elle est d'ailleurs variable comme sensations perçues. La plupart des malades se plaignent simplement d'avoir la tête pesante, alourdie, « comme on l'a au lendemain d'une bonne noce », affirmait un de mes clients. — D'autres accusent une sorte de « vague », de « vide » dans le cerveau. — Quelques-uns disent avoir la tête comme « coiffée d'une calotte de plomb » ou « serrée par un bandeau de métal » par un « cercle de fer », ou bien encore comprimée « par un casque ». Vous reconnaissez là les « *galeati* » de M. le professeur Charcot.

Comme siège, cette sensation particulière affecte de préférence les régions postérieures et latérales du crâne, spécialement encore la région occipitale (plaque occipitale de M. Charcot). — D'autres fois, elle se localise aux régions frontale et fronto-temporale.

A remarquer encore, comme divers détails utilisables pour le diagnostic différentiel, que cette céphalée neurasthénique est généralement diurne et, conséquemment, ne trouble pas le sommeil; — qu'elle apparaît le matin, au réveil; — qu'elle est parfois soulagée par les repas, mais d'une façon temporaire et souvent au prix d'une exacerbation jouant en quelque sorte le rôle de choc en retour; — qu'elle est exagérée par le travail intellectuel, la lecture, les conversations prolongées, les impressions lumineuses, le bruit, en un mot par toutes les excitations du système nerveux; — qu'à l'état ordinaire, elle n'est pas assez pénible, assez absorbante, pour forcer le patient à s'aliter (ainsi, le malade dont je vous parlais tout à l'heure et qui a souffert de ce mal pendant dix ans, n'a jamais interrompu ses occupations d'employé de commerce); — mais que, par instants et à propos d'exacerbations passagères, elle devient plus complexe, plus « troublante », plus intolérable, et cela par adjonction de divers phénomènes sympathiques, tels que hyperesthésie singulière du cuir chevelu, (« mal aux cheveux », comme disent les patients), hourdonnements, asthénopie, état sub-vertigineux, et surtout sorte d'*abasourdissement*, que les malades traduisent en disant qu'ils « se sentent la tête vidée », qu'ils « n'ont plus la tête à eux », que, par moment, ils ne « savent plus ce qu'ils font », qu'ils « oublient tout », qu'ils sont « comme dans un nuage », etc.

Or, en présence de symptômes de cet ordre et avec un passé syphilitique, comprenez quelles peuvent être, quelles doivent être presque nécessairement les appréhensions du malade et du médecin. Effrayé par cet état de souffrance continue, plus effrayé encore par l'insuccès de tous les remèdes auxquels il a eu recours, le malade se croit à la veille d'une catastrophe cérébrale. C'est là l'état d'esprit de tous les sujets affligés de la sorte. A chacune de ses visites, mon client en question ne cessait de me répéter: « Sans doute je cours à une congestion, à un coup de sang, à une apoplexie. Un de mes amis est mort comme cela; je n'en ai plus pour longtemps. Vous me dites le contraire, monsieur le docteur, mais je me rends compte de mon état et je sens bien que je couve un ramollissement, etc. » — Et de son côté aussi, le médecin, surtout dans les premiers temps, n'est guère plus rassuré. Tout naturellement, il se demande si son malade n'est pas en voie de faire une *syphilis cérébrale*, si cet embarras permanent de la tête et cet état de souffrance encéphalique ne sont pas les prodromes d'une encéphalite spécifique.

Donc, ce qui importe en l'espèce, c'est un diagnostic. De quoi s'agit-il, en somme? Voilà la question.

Eh bien! ce diagnostic est-il possible? — Oui, tout au moins pour la grande généralité des cas. Précisons sur quelles bases il repose.

A mon sens, les appréhensions qui s'imposent en pareille situation pourront, sinon toujours, au moins le plus souvent et de beaucoup être écartées par les quatre considérations que voici:

I. — D'abord, caractère d'*intensité de douleur*.

Dans la neurasthénie, peu de douleur, véritablement. Il y a bien embarras de la tête, sensations pénibles de lourdeur, de poids, de serrement, de « vague », de « vide dans le cerveau », mais rien autre; et surtout (je ne crains pas de me répéter), peu ou pas de douleur, au sens strictement précis du mot.

Et, en effet, interrogez les malades affectés de céphalée neurasthénique. Leur premier mot, j'en conviens, sera pour vous dire qu'ils « souffrent de la tête ». Mais insistez, allez au fond des choses, faites préciser, et vous aboutirez presque toujours à constater qu'ils ont moins un état dou-

loureux de la tête que des sensations anormales, bizarres, importunes dans la tête, laquelle, finiront-ils par avouer, « ne leur fait pas vraiment mal ».

Or, tout autre précisément est la céphalée syphilitique, soit la céphalée secondaire, soit la céphalée prémonitoire des encéphalopathies plus tardives.

Celle-ci est une douleur vraie, dans toute l'acception du mot, une douleur pénible, qui « fait mal et grand mal »; — douleur tantôt gravative, tantôt lancinante, tantôt dilacérante; — douleur toujours plus au moins intense, quelquefois violente, angoissante, quelquefois même (mais plus rarement) atroce. C'est, à ce titre, une douleur qui ne permet plus le travail, qui abasourdit, qui « abrutit », qui anéantit, qui alite. Parfois même, dans les formes graves, c'est un symptôme qui à lui seul constitue une scène morbide presque caractéristique, en raison même de l'acuité de la souffrance.

Il y a donc ici, vous le voyez, rien que dans l'appréciation de l'*intensité douloureuse* des phénomènes morbides, un signe différentiel dont le diagnostic peut faire profit.

II. — Second point : Non pas toujours, mais fréquemment, la céphalée syphilitique se distingue par son caractère nocturne ou ses exacerbations nocturnes. Cela est trop connu pour que j'aie besoin d'insister.

Eh bien ! tout au contraire, la céphalée neurasthénique est presque toujours *diurne* et exclusivement diurne. Elle débute dès le réveil, pour se prolonger tout le jour, mais elle semble s'apaiser la nuit. Si bien que nombre de neurasthéniques vous disent ceci : « Je n'ai de bon que la nuit ; alors du moins je puis dormir ; ou bien, si j'ai le sommeil agité, troublé, du moins ma tête me laisse tranquille, et je n'en souffre pas. »

III. — Un troisième et excellent signe ressort d'un véritable *critérium thérapeutique*, auquel personne, en l'espèce, ne manque d'avoir recours, à savoir le traitement spécifique.

Inutile de dire ce que fait le traitement spécifique, notamment un vigoureux traitement à l'iodure, sur la céphalée syphilitique. Sauf exceptions rares, ses résultats sont doublement significatifs et par leur intensité, et par leur quasi-instantanéité. Cela est de notion vulgaire.

Inversement, la médication spécifique reste sans la moindre influence sur la céphalée d'origine neurasthénique.

Nous disposons donc en l'espèce d'un réactif des plus sensibles pour juger la question diagnostique.

IV. — A ces trois éléments séméiologiques s'en ajoute, pour certains cas, un quatrième, tiré de la *durée*, et celui-ci absolument significatif.

Souvent, en effet, trop souvent, la seule durée du mal de tête en question suffit à déterminer le diagnostic. Une céphalée, par exemple, qui se présente avec un passé de plusieurs mois, *a fortiori* d'une, de deux, de plusieurs années, ne peut être (sauf exceptions rares) qu'une céphalée neurasthénique. Inutile, avec de tels antécédents, de mettre la syphilis en cause ; car la céphalée syphilitique a bientôt fait, tout au contraire, d'aboutir à une catastrophe cérébrale, telle qu'ictus apoplectiforme, épilepsie, hémiplégie, etc. Le problème, donc, en pareilles conditions, ne se pose même pas.

Ainsi peut être jugée, de par cet ensemble de signes cliniques, la question de diagnostic différentiel entre la céphalée syphilitique et la céphalée issue de la neurasthénie.

Le traitement de la céphalée neurasthénique n'est autre que celui de la neurasthénie en général, et vous parler du traitement de la neurasthénie serait sortir de mon sujet. En deux mots seulement je vous rappellerai ce en quoi il consiste :

Hydrothérapie méthodique, spécialement hydrothérapie à douches courtes ; quelquefois aussi hydrothérapie tiède, laquelle réussit souvent mieux.

Massage.

Comme unique médicament (sans parler des toniques quelquefois indiqués) le bromure de potassium qui parvient parfois à calmer (au moins provisoirement) le malaise encéphalique.

Changement de milieu ; voyages sans fatigue ; cures d'air ; et surtout distractions, diversions, dérivations quelconques ; occupations quelconques ; car un neurasthénique qu'on parvient à intéresser à quelque chose, à occuper à quoi que ce soit, serait-ce manœuvrer un tour ou faire de la menuiserie, est par cela même un malade à peu près sauvé.

Et, plus encore, le traitement moral, le comfort moral, les consolations et encouragements prodigués par le médecin. Car, on l'a dit avec toute raison, les neurasthéniques sont des malades sur lesquels le médecin doit s'efforcer de prendre autorité, qu'il doit dominer, tenir en bride, gouverner ; ce sont des malades sur lesquels de bonnes paroles réconfortantes agissent plus activement que n'importe quel remède. A preuve, ce neurasthénique qui écrivait ceci à son médecin : « Après chacune de vos visites, je suis guéri, mais absolument guéri pour la journée; mais le lendemain, tous mes maux recommencent, et il faudrait pour ma guérison que vous fussiez toujours avec moi. »

D'autre part, ce qu'il est non moins essentiel d'établir, c'est que le traitement spécifique est d'une inutilité absolue contre la céphalée neurasthénique, même issue, dérivant de la syphilis.

Cela, je suis bien en mesure de l'affirmer, car il m'est arrivé bien souvent de soumettre des céphalées de cet ordre au traitement spécifique, disons même à tout ordre de traitement spécifique, depuis les traitements moyens jusqu'aux traitements les plus intensifs, et jamais je n'en ai retiré le moindre bénéfice, bien au contraire ! Non seulement les malades ainsi traités ne guérissaient pas de leur céphalée, mais je n'aboutissais visiblement qu'à les affaiblir, à les anémier, à troubler leurs fonctions digestives, à les démoraliser par l'insuccès de traitements énergiques.

Cette faute, je l'ai faite comme tout le monde l'a faite, alors que l'on ne connaissait pas encore la céphalée neurasthénique. Je crois en être à peu près à l'abri actuellement, et je voudrais m'efforcer de vous en préserver à votre tour.

D'autant qu'elle est bien naturelle, presque forcée. On voit un malade syphilitique souffrir de la tête, en souffrir d'une façon assidue, s'en plaindre incessamment, quoi de plus rationnel que de rattacher cette douleur de tête à la syphilis, puisque le malade est en puissance de syphilis et puisque la syphilis est si fréquemment coutumière des souffrances de tête ? Et ce n'est pas tout, l'erreur une fois commise sur la qualité de ce mal de tête, on se trouve pris dans l'engrenage que voici : Un premier traitement spéci-

fique dirigé contre ce mal de tête n'a pas réussi, quoi de plus simple que d'attribuer à son insuffisance l'insuccès qu'on subit? Alors, pris de peur, on redouble le traitement, on l'intensifie, en face du spectre de la syphilis cérébrale qu'on a toujours devant soi. Donc, nouveau traitement plus énergique que le premier. De rechef insuccès. On s'entête, et l'on poursuit le traitement toujours avec des doses de plus en plus énergiques. Et ainsi de suite.

Pardonnables autrefois, de pareilles erreurs n'auraient plus d'excuse aujourd'hui. Et, pour nous en préserver, il suffira que nous enregistrions ceci dans nos souvenirs :

1° Que la syphilis n'est pas seule à produire des maux de tête sur les syphilitiques;

2° Conséquemment que tous les maux de tête des syphilitiques ne sont pas indifféremment justiciables du traitement spécifique;

3° Que nombre de maux de tête chez les syphilitiques dérivent de la neurasthénie;

4° Que les maux de tête neurasthéniques peuvent sinon du premier coup et toujours être différenciés de la céphalée syphilitique vraie, par un ensemble de signes, et par une allure, une physionomie spéciale que j'ai tenté de spécifier de ce qui précède, non moins que par les multiples accidents neurasthéniques qui lui servent usuellement de cortège;

5° Enfin, que ces maux de tête neurasthéniques ne subissent aucune action curative du traitement spécifique, et ne sont influencés que par la médication propre à la neurasthénie.

Que de prime abord, ou dans le cas où un diagnostic différentiel positif ne peut être sûrement établi entre la céphalée neurasthénique et la céphalée syphilitique vraie, on ait recours au traitement spécifique à titre d'essai, de critérium, de « pierre de touche », comme on dit, cela je le conçois, je l'admets. Rien de mieux. Il y aurait même imprudence à ne pas tenter cette épreuve.

Mais, que l'épreuve faite, que la démonstration acquise de la non influence d'un traitement, on poursuive quand même ce traitement, voire en l'intensifiant à proportion de ses insuccès: voilà une pratique mauvaise, nuisible, condamnable, que je vous signale expressément pour vous en préserver, vous et les malades que vous aurez à traiter.

BULLETIN

L'ablation des annexes au sixième Congrès des gynécologues allemands.

Par le Dr E. Baudron.

Le sixième Congrès des gynécologistes allemands, où, sauf une courte communication de Landau, il n'a pas été question du traitement des lésions annexielles par l'hystérectomie vaginale, n'a pas été bien favorable à la laparotomie sus-pubienne.

Martin, Dührssen, Schauta, Fritsch ont vanté les avantages de la cœliotomie vaginale pour l'extirpation des annexes: « la voie vaginale constitue certainement la méthode idéale, a dit Schauta ». « L'opération que je propose, a dit Dührssen, est préférable à la laparotomie parce qu'elle expose la malade à un danger moindre, lui évite des suites opératoires pénibles et *le port d'un bandage abdominal.* » Ainsi donc, ce fameux argument *cicatrice*, dont mon maître Segond a signalé le premier toute l'importance, cet argument qui fit sourire les adversaires de l'opération de Péan, est remis en discussion et par qui, par les laparotomistes d'Outre-Rhin. « Sur mille laparotomies faites à la clinique de Berlin et suivies pendant plusieurs années (car l'éventration peut encore se produire au bout de deux ou trois ans), je suis arrivé, dit Winter, à cette conclusion, qu'un tiers environ des femmes opérées, soit 33 0/0, souffrent de hernies post-opératoires. Avec la suture à étages, sur 212 femmes opérées à la clinique d'Olshausen, 12 seulement, soit 5,6 0/0, ont présenté, jusqu'à ce jour, des hernies plus ou moins volumineuses. » Pour atteindre ce résultat, Olshausen a renoncé complètement au drainage qui crée à la partie inférieure de la cicatrice un chemin tout tracé pour les hernies ultérieures. Zweifel, qui pratique avec le plus grand soin la suture à étages des muscles et des fascias, observe encore des hernies dans la proportion de 2 à 3 0/0.

Mais au moins les malades sont-elles guéries au prix même d'une hernie abdominale ? Ecoutez Schauta : « Quand on peut suivre les opérées pendant quelque temps on s'aperçoit que les résultats ne sont rien moins que satisfaisants. 56 0/0 au moins des opérées ne sont pas guéries et se plaignent de leucorrhée, d'hémorrhagies, de douleurs; l'on constate qu'il s'est formé dans le bassin des exsudats plastiques. »

Aussi Schauta et Fritsch, découragés par de tels résultats, ont modifié leurs procédés opératoires : aujourd'hui ils enlèvent simultanément l'utérus et les annexes par laparotomie. Je sais bien que Schauta réserve cette castration totale, après cœliotomie, aux seuls cas d'*origine gonorrhéique;* mais ces cas ne sont-ils pas les plus fréquents?

Quoi qu'il en soit, 28 malades ainsi opérées sont absolument guéries et « ne présentent aucun des troubles que l'on rencontre si fréquemment chez les malades auxquelles on ne fait pas l'ablation de l'utérus ». Qu'importe que Fritsch et Schauta, avec Baldy, Krug, Polk, etc., opèrent par voie abdominale? C'est, évidemment, comme l'a si bien dit mon maître Pozzi à propos des chirurgiens américains que je viens de nommer, qu'ils connaissent mal les ressources du morcellement vaginal. Le point capital, c'est qu'ils ont reconnu la nécessité d'enlever l'utérus pour obtenir une guérison complète.

En résumé, de la discussion des gynécologues allemands réunis en congrès, à Vienne, il ressort nettement: 1° que l'extirpation des annexes par laparotomie perd, de jour en jour, du terrain en faveur de l'extirpation par voie vaginale, intervention qui supprime la cicatrice abdominale et les hernies consécutives; 2° que la castration totale doit supplanter la castration annexielle, dont les résultats « sont si souvent décourageants pour les opérées et pour le chirurgien (Schauta) ».

Or, ces conclusions, je les trouve clairement posées dans les premières communications de mon maître Segond, sur l'opération de Péan, plus tard dans son rapport du congrès de Bruxelles; moi-même, je les ai à nouveau défendues dans la thèse qu'il m'a inspirée. Mais n'est-il pas intéressant de les voir formulées d'une façon aussi précise par les laparotomistes allemands les plus autorisés et les plus compétents?

A L'ÉTRANGER

ALLEMAGNE

Traitement de l'impétigo.

On sait combien est fréquente chez les enfants, surtout chez les enfants mal soignés, cette maladie qu'on appelle l'impétigo. On sait aussi combien cette affection est rebelle à tout traitement, et

combien il faut de temps au médecin avant qu'il parvienne à s'en rendre maître.

Unna préconise le traitement suivant comme étant le plus rapide et le plus efficace.

On ramollit d'abord les croûtes pour permettre ainsi leur détachement. Celles qui persistent sont enlevées mécaniquement. Il en résulte parfois quelques écoulements sanguins, mais ces hémorrhagies sont superficielles et on s'en rend facilement maître avec une compression antiseptiquement faite. Une fois les croûtes tombées, il s'agit d'empêcher la reproduction de nouveaux éléments. A cet effet, on frotte tous les foyers éruptifs avec une solution aqueuse de sublimé à 1 0/00. Il suffit d'avoir recours à ce dernier procédé pendant trois ou quatre jours pour arriver à enrayer absolument la production de nouvelles pustules d'impétigo. Une pommade ou un emplâtre à l'oxyde de zinc suffiront pour amener au bout de peu de temps la terminaison de la maladie.

Du cancer de la vésicule biliaire.

M. A. Heddaens (*Beitræge zur Klin. Chir.*, XII) a fait un travail sur une question aujourd'hui à l'ordre du jour : l'étude du cancer de la vésicule biliaire et surtout de son traitement. On sait, en effet, combien ces derniers temps la chirurgie s'est occupée d'être à même d'intervenir efficacement dans certaines affections hépatiques, et l'on n'a pas oublié la discussion à laquelle donna lieu, à la Société de chirurgie, une intéressante communication de M. Quénu sur ce sujet.

Le travail de Heddaens porte sur 23 cas observés à Heidelberg. Il résulte de ces observations que le cancer de la vésicule doit être opéré tôt, si l'on veut obtenir un résultat profitable. Il est absolument nécessaire que le cancer soit limité, et qu'on le prenne encore à son début. Mais, au point de vue pratique, une autre conclusion, plus importante que la première, ressort du travail de l'auteur. C'est la précocité qui s'impose également dans les interventions en cas de cholélithiase, lorsque l'on croit devoir intervenir. On n'ignore pas, en effet, que la lithiase biliaire tient une place tout à fait importante dans l'étiologie du cancer de la vésicule. Il est bien évident que, si l'on est en face d'une tumeur maligne en train de se développer, la même hâte s'impose.

Un autre avantage plaide encore en faveur de l'intervention précoce. C'est que l'opération à laquelle on peut se livrer dans ces conditions est moins sérieuse que l'extirpation totale de la vésicule. En effet, la résection partielle de la vésicule est alors un procédé qui peut fort bien convenir. L'extirpation totale est une opération qui souvent ne va pas sans grands dangers; elle est fort sérieuse, elle est en outre difficile, car on sait la peine qu'éprouve parfois le chirurgien à trouver la vésicule et sa tumeur au milieu des adhérences et de tissus de nouvelle formation qui l'enserrent, et la peine non moins grande qu'il éprouve alors à l'extirper. Enfin, la résection totale de la vésicule, comme le fait remarquer l'auteur, présente des inconvénients tardifs, en ce sens qu'elle peut être l'origine des troubles ultérieurs. — Heddaens insiste, en effet, sur la dilatation des voies biliaires et la stagnation de bile consécutive à l'ablation de la vésicule, tout à fait favorable à la formation de calculs. Il croit, d'ailleurs, que cet accident pourrait être évité par l'abouchement du canal cystique dans le côlon transverse ou le duodénum.

Un autre point se pose encore. On n'ignore pas combien il est difficile de reconnaître le cancer à son début, c'est-à-dire au moment même où l'auteur conseille d'intervenir. Aussi, dans ces cas, est-il partisan de la laparotomie exploratrice, qui permettra du même coup de traiter radicalement l'affection, s'il y a lieu. On ne saurait assez dire, en effet, combien peu aisé est le diagnostic du cancer de la vésicule biliaire au début, témoin cette femme dont parle Heddaens, chez laquelle pendant l'opération on n'avait pu constater qu'une tumeur au niveau de l'épigastre, et chez qui, à l'autopsie seulement, on vit un cancer de la vésicule biliaire, si petit qu'il avait échappé à l'exploration.

SUISSE

Du parachlorophénol.

A la réunion générale des médecins suisses, **M. Girard** (de Berne) a beaucoup vanté les propriétés antiseptiques du parachlorophénol. Il le considère comme plus énergique, plus constant, plus stable que les autres antiseptiques employés et, surtout, le trouve beaucoup moins toxique. En effet, sa toxicité est beaucoup moindre que celle des sels solubles de mercure, des crésols et du phénol. Il faut, en injections sous-cutanées, une dose toxique d'environ 1 gramme par kilogramme d'animal pour le chien et le lapin. L'expérience montre que la dose toxique des crésols est de 0 gr. 50 et celle du phénol de 0 gr. 30.

Quant à son pouvoir antiseptique, il est bien mis en évidence par ce fait qu'en une heure il tue, en solution à 2 0/0, les spores charbonneuses. Il faut à ces spores, pour être détruites, des solutions de crésol de 5 0/0 et encore résistent-elles entre quatre et sept jours. D'autre part, elles résistent vingt jours à une solution de phénol à 5 0/0.

Au point de vue pratique, le parachlorophénol offre des avantages incontestables. Ainsi, les pièces de pansement qui en sont imprégnées gardent leurs propriétés antiseptiques beaucoup plus longtemps qu'avec le sublimé.

A-t-on affaire à des plaies infectées, comme des phlegmons, on arrive, en employant le parachlorophénol, à en triompher bien plus rapidement qu'en ayant recours au sublimé ou au phénol. Cependant, l'auteur ajoute que les ulcères et plaies d'origine tuberculeuse ne sont pas favorablement influencés par l'emploi de cet antiseptique. Il en est de même lorsqu'il s'agit de synoviales ou d'articulations tuberculeuses. Dans ces cas non plus, il n'y a pas d'amélioration appréciable.

Enfin, le parachlorophénol peut également servir pour la désinfection des intruments, car il ne les attaque pas plus que le phénol à 5 0/0.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 12 juin. — Présidence de M. Nicaise.

Après la lecture du procès-verbal, M. le secrétaire donne lecture du discours prononcé par M. Théophile Anger, président de la Société de Chirurgie, aux obsèques du professeur Verneuil.

Hystérectomie abdominale totale.

M. Lucas-Championnière. — Il est peu de chirurgiens qui n'aient pensé à la question dont M. Richelot a voulu nous donner la solution, en nous apportant son procédé définitif d'hystérectomie abdominale totale. Je féliciterai donc, tout d'abord, M. Richelot de son initiative ; mais il est une critique que je m'empresse de lui faire, c'est la dénomination même de *procédé définitif* qu'il a donnée.

Je disais, en effet, que tous les chirurgiens ont vu les difficultés qu'a vues M. Richelot. Quelques-uns ont cherché à les surmonter. Mais je suis d'avis qu'il n'est pas possible d'établir un procédé opératoire type, et qu'il y a autant de manières d'opérer et de conditions opératoires que de malades.

Moi-même, j'ai cherché à instituer une méthode opératoire qui pût me servir de base dans l'enlèvement des grosses tumeurs abdominales chez la femme, et voici comment j'opère : je laisse le col de l'utérus et je l'enlève ensuite secondairement. J'ai fait ainsi huit opérations, mais sans m'attacher absolument à une seule manière de faire. J'ai modifié progressivement mes temps opératoires et je constate que je suis arrivé aujourd'hui à de sérieux perfectionnements.

Mon procédé a l'avantage, à mon avis, de ne donner aucun tourment dans les suites opératoires qui deviennent ainsi comparables à celles d'une simple hystérectomie vaginale. J'y trouve aussi l'avantage de simplement bourrer le vagin avec des tampons à la fin de l'opération. On évite ainsi, selon moi, l'infection utérine. Or, tout doit être disposé, dans une opération de ce genre, pour éviter que la cavité utérine soit infectée. Mais, je ne m'en tiendrai pas là. Mes résultats sont bons, ils seront meilleurs dans la suite, j'en suis convaincu, parce que j'ai tendance à raccourcir, à simplifier l'opération des grosses tumeurs abdominales et à améliorer encore les résultats.

En somme, il y a actuellement plusieurs procédés d'hystérectomie abdominale totale. Je ne sais pas quel sera le procédé favori plus tard. Néanmoins, je crois qu'il y a dans ma façon d'opérer une bonne forme de l'hystérectomie abdominale totale.

La discussion est renvoyée à la prochaine séance.

De l'éthérisation.

M. Delorme. — La chirurgie militaire ne doit pas rester indifférente à la discussion que l'emploi de l'éther a soulevée. Si l'on consulte les statistiques des anesthésies pratiquées au cours des dernières guerres, on voit que le chloroforme a été utilisé avec plus de succès que l'éther. Nous savons tous, d'autre part, que l'anesthésie par le chloroforme est moins nocive que l'anesthésie par l'éther chez les grands blessés qui sont en état de *schock* intense.

Le chloroforme a d'autres avantages pour la chirurgie de guerre : il en faut trois fois moins qu'il ne faut d'éther, il s'évapore moins vite : c'est là une supériorité dont nous avons à tenir compte dans nos approvisionnements.

M. Ollier. — J'ai déjà dit que je resterai fidèle à l'éther parce que j'en ai une longue expérience qui a toujours été suivie de succès.

Néanmoins, en 1870, j'ai dû employer le chloroforme parce que l'éther manquait souvent, étant moins facile à conserver dans nos ambulances.

Je n'ai, à cette époque, constaté aucun cas de mort par le chloroforme. Je crois donc, comme M. Delorme, que le chloroforme est plutôt quel'éther l'anesthésique de guerre. J'ai remarqué aussi que les succès du chloroforme pouvaient bien être dus à ce qu'on l'employait chez un ensemble de jeunes hommes bien constitués et très vigoureux comme le sont les soldats.

M. Le Dentu. — Mon expérience de l'éther devient de plus en plus grande, et, plus je vais, plus je crois qu'il faut l'employer. Je suis de l'avis de M. Delorme pour ce qui est de son abandon dans la chirurgie de guerre.

Quant à l'innocuité de l'éther, je la base sur ce fait que tous nos élèves se trouvent plus à l'aise en donnant de l'éther qu'en donnant du chloroforme et qu'enfin les statistiques sont là, indiscutables, démontrant qu'il y a trois fois moins de cas de mort par l'éther que par le chloroforme.

De la rapidité de l'éthérisation, je ne dirai rien. Tout le monde sait qu'elle est beaucoup moins longue que l'anesthésie par le chloroforme, laquelle est communément obtenue par le procédé lent.

Les vomissements, à la suite de l'éthérisation, présentent cet avantage de durer moins longtemps et d'être moins fréquents. Ils ne persistent pas, généralement, après le second jour. Dans les opérations de gynécologie même, je diagnostique l'origine du vomissement, d'après le moment où il apparaît, et quand le vomissement se montre, après le second jour de l'opération, j'ai coutume d'en rechercher la cause ailleurs que dans l'éther.

Quant à l'irritation bronchique, occasionnée par l'éther, je ne sais qu'en penser. Ce qu'il y a de certain, c'est que j'ai vu plusieurs cas de broncho-pneumonies et de congestions bronchiques.

M. Ollier. — Je ne crois pas que l'éther, par lui-même, donne des complications pulmonaires. J'ai vu de nombreuses hypersécrétions provoquées par l'éther. Et je crois que le chloroforme en donne tout autant. J'ai observé, au contraire, une fois que l'éther calmait la toux. L'éther ne doit donc pas être accusé des complications pulmonaires qui peuvent survenir.

M. Lucas-Championnière. — Contrairement à ce que dit M. Ollier, je crois que le fait de l'irritation des bronches par l'éther est admis. Pour moi, les sujets anesthésiés par l'éther demeurent plus sensibles du côté des bronches. Je crois donc qu'on s'exposera par l'éther à perdre des malades par complications pulmonaires et que ce présage doit nous faire préférer l'emploi du chloroforme.

M. Ollier. — Dans mes nombreuses éthérisations, je n'ai jamais vu de complications pulmonaires attribuables à l'éther.

M. Poncet. — Dans ma récente communication, j'ai écarté de l'anesthésie par l'éther les deux âges extrêmes de la vie. Je ferai aujourd'hui une restriction.

Je suis d'avis que les complications pulmonaires consécutives à l'emploi de l'éther ne doivent pas cependant lui être attribuées d'une manière exclusive. Mais il faut, en cela, tenir compte de l'action du froid.

Je persiste donc, néanmoins, à conserver l'éther pour le seul fait que l'éther est moins dangereux et que la statistique des mortalités par l'éther est moins considérable que celle des mortalités par le chloroforme.

M. Lejars présente un malade chez lequel il a fait usage avec succès du bouton de Murphy. J. P.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 10 juin.

Traitement de la morsure des serpents venimeux.

MM. Phisalix et **Bertrand.** — Nous avons fait connaître un sérum antivenimeux dont les effets sont incontestables. Mais il serait bon de connaître des antidotes qui exercent la même action. On a essayé différentes substances : chlore, brome, iode, trichlorure d'iode et hypochlorites. Or, en expérimentant avec une solution de chlorure de chaux, nous avons vu que ce corps agit non pas, comme on l'a dit, en formant une substance antitoxique ou en détruisant le venin dans la circulation générale, mais simplement par action locale : elle détruit le venin et mortifie les tissus. L'absorption des toxiques est ainsi empêchée.

Au point de vue pratique, on comprend qu'injecter le chlorure de chaux ailleurs qu'au niveau de la morsure ne conduira à aucun résultat appréciable, parce que ces injections n'ont pas, comme on l'a cru, d'action immunisante. C'est donc au niveau même où a porté la pénétration des crochets, sous la peau, qu'on fera une injection profonde.

Causes de la coloration et de la coagulation du lait par la chaleur.

MM. Cazeneuve et **Staddon.** — Si l'on chauffe du lait à l'air pendant quelque temps, on le verra se colorer en jaune et se coaguler. Au bain-marie, il faut pour cela dix ou quinze heures. A l'ébullition, la coloration jaune devient caramel.

Pour expliquer la coloration, on a invoqué l'altération de la lactose ou de la caséine. Mais, la coagulation n'a jamais été nettement interprétée. Différentes expériences que nous avons tentées à ce sujet nous ont conduit aux résultats suivants :

1° Le jaunissement du lait par la chaleur est dû à l'oxydation de la lactose en présence des sels alcalins du lait;

2° La lactose, dans cette oxydation, donne des acides et entre autres de l'acide formique facile à constater, dont la présence suffit à expliquer la coagulation du lait comme il arrive avec n'importe quel acide;

3° La caséine coagulée n'est pas altérée dans ces conditions, mais simplement teinte en jaune par les corps bruns formés aux dépens de la lactose.

Séance du 17 juin.

Lymphadénôme généralisé expérimental.

M. Pierre Delbet. — Je viens pour la première fois démontrer complètement que le lymphadénôme est bien une maladie de nature infectieuse, et je m'appuie, pour le prouver, sur la reproduction de la maladie par inoculation de cultures pures d'un bacille.

Ce bacille a été trouvé dans le sang de la rate d'une femme atteinte de lymphadénôme généralisé à forme surtout splénique, ainsi que l'autopsie l'a nettement confirmé.

Ayant obtenu des cultures de ce bacille, je les ai inoculées à des chiens à doses massives et répétées. Ce dernier point est fort important, car il est impossible que l'agent d'une tumeur chronique, comme le lymphadénôme, ait la virulence d'un agent de maladies aiguës. Aussi une seule injection à faible dose ne donnera-t-elle pas de résultat.

Je n'ai encore sacrifié qu'un seul chien. Ce chien avait été inoculé le 16 mai, pour la première fois ; le 18, pour la seconde. Puis les injections ont été faites à des intervalles variables. Elles ont porté en partie dans le péritoine, en partie dans le tissu cellulaire. Le chien a été mis à mort le 15 juin.

A ce moment, il pesait 2 kilogrammes au lieu de 9 ; il avait donc fortement maigri. En l'examinant, j'ai trouvé des ganglions au mésentère, au mésocôlon, aux deux aisselles, à l'aine droite ; enfin, il y avait des ganglions thoraciques et prévertébraux. Ils étaient tous fortement hypertrophiés.

Le chien était donc bien mort de lymphadénôme généralisé. De plus, pour bien montrer que l'état des ganglions avait avec les inoculations d'autres rapports que ceux d'une simple coïncidence, comme on aurait pu le croire, j'ai fait des cultures avec les ganglions de ce chien, et elles m'ont permis d'affirmer que les ganglions contenaient du bacille à l'état de pureté.

J'ajouterai enfin qu'au cours de l'expérimentation il s'est produit des abcès au siège de l'inoculation à deux reprises différentes. Ils contenaient le bacille en question à l'état de pureté, et ont très bien guéri.

La présence des bacilles inoculés dans les ganglions, tandis que le sang n'en contient pas, constitue bien une démonstration incontestable, et je crois que c'est la première fois que le lymphadénôme a été reproduit expérimentalement par inoculations de cultures pures d'un bacille. Il reste à faire connaître l'étude histologique de ce bacille et les conséquences anatomo-pathologiques et thérapeutiques de cette expérience : ce sont des faits sur lesquels je reviendrai plus tard. J. P.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 14 juin.

Rôle du système nerveux dans la production de l'hémoglobinurie paroxystique a frigore.

M. A. Chauffard. — J'ai observé en 1893, à l'hôpital Broussais, un cas typique d'hémoglobinurie paroxystique a frigore, survenue chez un ancien paludéen, et chez lequel l'expérience classique d'Ehrlich m'a donné quelques résultats intéressants.

Dans l'une des veines dorsales de chacune des deux mains, on a prélevé un échantillon de 5 centimètres cubes de sang. Mais l'une des mains était restée à l'air libre, alors que l'autre, fortement ligaturée au poignet, avait été maintenue pendant un quart d'heure dans l'eau glacée.

Dès son extraction, le sang veineux refroidi différait de l'autre échantillon par sa coloration rutilante et artérielle ; mais il ne s'agissait là que d'un fait physiologique, dû à l'arrêt des échanges interstitiels, comme l'a montré une contre-épreuve faite sur un sujet sain.

Les deux échantillons de sang se sont coagulés de même et, au bout de quarante-huit heures, il n'y avait de redissolution du caillot ni dans l'un ni dans l'autre tube.

Le sérum du sang refroidi était rose-cerise ; le sérum de l'autre tube était citrin.

On sait que, d'après M. Hayem, le caillot du sang, pris pendant la crise, se redissout.

Si cette redissolution n'a pas eu lieu ici, avec du sang purement refroidi, c'est que le refroidissement direct du sang n'explique pas, à lui tout seul, l'hémoglobinurie, et ne réalise pas la totalité de la lésion sanguine. Il faut faire intervenir le système nerveux. Chez un sujet prédisposé par l'infection, la plupart du temps, la réaction nerveuse précède et commande la toxémie.

La preuve en est que, chez notre malade, la réfrigération intense d'une partie du corps limitée, la main, et isolée par une ligature, a provoqué tous les prodrômes d'une crise générale, avec albuminurie prémonitoire.

Comment, et par l'intermédiaire de quels organes ou tissus, agit ce réflexe nerveux, c'est ce que nous ignorons complètement. Mais la réaction nerveuse paraît bien être l'acte initial qui met en branle le processus chimique, encore mal connu, de la crise hémoglobinurique.

A propos des vaporisations dans la diphtérie laryngée.

M. Comby rapporte l'observation d'une petite fille de quatre ans, atteinte du croup, et chez laquelle la trachéotomie fut évitée grâce à des pulvérisations d'eau boriquée chaude.

M. Comby rappelle que l'indication des pulvérisations de vapeur n'est pas limitée aux cas de sténose du larynx ; elle s'étend à toutes les manifestations aiguës des premières voies, aux inflammations nasales, buccales, pharyngées, laryngées et trachéales. Les pulvérisations servent à aseptiser et à désobstruer ces cavités qui sont de vrais nids à microbes. A ce titre, elles rendent de grands services dans la rougeole. M. Comby les fait appliquer d'une façon systématique dans le pavillon de la rougeole à l'hôpital Trousseau.

Cirrhose alcoolique.—Hématémèses successivement rouges et noires.— Mort par rupture de varices æsophagiennes. — Péritonite chronique ; plaques laiteuses du péritoine.

M. Hanot rapporte l'observation d'un malade de 57 ans, atteint de cirrhose alcoolique. L'affection remontait à quatre ans ; elle évoluait lentement, n'ayant nécessité que de rares ponctions à de longs intervalles, quand apparurent, en mai 1895, des hématémèses abondantes qui amenèrent rapidement la mort.

Ces hématémèses fort abondantes, jusqu'à deux cuvettes de sang, étaient composées, tout d'abord, de sang noir mélangé à du liquide pituiteux, le tout ayant l'aspect de la suie délayée, puis souvent se terminaient par une évacuation de sang rouge. Le sang noir présentait une réaction acide, tandis que le sang rouge avait une réaction alcaline. L'autopsie montra que ces hémorrhagies étaient dues à des varices æsophagiennes. La réaction variable du sang dépendait de ce que tantôt le sang était rendu directement sans pénétrer dans l'estomac et gardait la réaction alcaline du milieu sanguin ; au contraire, cette réaction devenait acide si le sang était refoulé dans l'estomac et y séjournait. C'est là un nouveau signe intéressant de l'hématémèse.

A l'autopsie, on trouva, du côté du foie, les lésions habituelles de la cirrhose alcoolique avec un peu d'adénôme. En outre, tout le péritoine, particulièrement le péritoine pariétal, le mésentère était parsemé de plaques blanchâtres, laiteuses, d'un diamètre variable, d'une pièce de cinquante centimes à une pièce de cinq francs. M. Leudet avait déjà décrit, en 1891, cette péritonite alcoolique. On retrouve, dans l'alcoolisme chronique, des plaques analogues sur d'autres organes, à la surface du péricarde de la rate. Au point de vue histologique elles sont constituées par un véritable fibrôme étalé. Entre les lames de tissu conjonctif adulte on trouve des cellules embryonnaires jeunes.

M. Hanot fait remarquer l'influence du terrain sur le développement et le caractère des phénomènes de l'intoxication ; son malade était très arthritique.

Sur un procédé histologique modifiant la méthode de Pal.

M. Ballet expose un procédé qui modifie légèrement le procédé de Pal, pour la coloration de la myéline. Voici en quoi il consiste :

1° Plonger les coupes dans une solution d'hématoxyline à chaud à 40° ou 45°.

Laver.

2° Plonger ensuite dans un mélange de solution d'acétate de cuivre et d'une solution d'acide osmique au centième.

3° Décolorer ensuite dans une solution de permanganate de potasse.

4° Les placer, enfin, dans un mélange d'une solution d'acide oxalique et de sulfite de potasse.

C'est le second temps qui constitue la modification importante au procédé de Pal. Ce procédé demande, en effet, vingt-quatre heures. M. Azoulay avait, pour y remédier, employé l'acide osmique seul. La modification de M. Ballet rend son usage plus maniable, et ainsi on peut obtenir des coupes colorées en vingt minutes.

H. Méry.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 15 juin.

Répartition des fibres endogènes du cordon postérieur de la moelle et constitution du cordon de Goll.

MM. Déjerine et **Sottas.** — Nous avons l'intention de vous apporter quelques faits de nature à éclairer la texture des cordons postérieurs de la moelle etsurtout celle du cordon de Goll.

Les cordons postérieurs, on le sait, sont formés de nombreuses fibres radiculaires, exogènes, et de fibres commissurales endogènes, moins nombreuses. Celles-ci ont leur origine dans des cellules spéciales des cornes postérieures. Quant aux fibres radiculaires, on sait comment elles se distribuent : chaque racine postérieure refoule en dedans, en pénétrant dans la moelle, les fibres qui ont pénétré plus bas, et après un certain trajet dans le cordon de Burdach, pendant lequel elle a donné de nombreuses collatérales, elle se range dans le cordon de Goll où il ne reste que des fibres longues.

Or, nous croyons que le faisceau de Goll est un faisceau fermé. Il est constitué à la région lombaire supérieure, mais alors, s'il s'accroît encore par l'adjonction de nouvelles fibres, et s'il émet des fibres, il ne reçoit pas, par contre, de fibres étrangères. C'est dire que les fibres longues radiculaires classées dans le cordon de Goll ne se mêlent pas aux fibres radiculaires qui s'y ajoutent plus haut et que le cordon de Goll ne reçoit pas de fibres d'origine spinale.

Différents examens de pièces nous ont permis de formuler ces conclusions. Trois fois particulièrement nous avons constaté que la destruction des fibres radiculaires postérieures dans leur trajet extra- ou intraspinal a déterminé une dégénérescence secondaire du cordon de Goll. Il semble bien que le cordon de Goll ne reçoit ni collatérales descendantes radiculaires, ni fibres endogènes. Celles-là restent dans le cordon de Burdach.

Les dernières occupent la zone voisine du col de la corne postérieure dans toute la hauteur de la moelle, la zone médiane à la région lombaire, et la partie interne du cordon de Burdach dans les régions dorsale et cervicale de la moelle.

Pleurésie à proteus.

M. Charrin. — J'ai vu, avec M. Nobécourt, chez une femme enceinte de sept mois et demi, une pleurésie gauche, avec dyspnée intense et état général grave.

Le liquide était peu abondant, purulent, d'odeur fétide. Il contenait des gaz, et aussi un bacille répondant au proteus vulgaris, comme le prouvaient les cultures et les inoculations. Malgré la ponction et les antiseptiques, la malade est morte le dix-septième jour de l'affection, après avoir avorté.

Cette observation nous démontre plusieurs faits. Elle nous permet d'abord de constater que le proteus peut engendrer des lésions disparates, comme le colibacille et le streptocoque par exemple. De plus, nous constatons facilement combien a été grave l'association de ces deux facteurs : affaiblissement du terrain, dû ici à la puerpéralité, d'une part ; bactérie génératrice de poisons putrides très toxiques, d'autre part. Enfin, l'enfant, sans offrir de tare apparente, a baissé de 50 grammes pendant les vingt-neuf premiers jours qui ont suivi sa naissance. Ce dernier fait peut être attribué à l'arrivée avant terme, mais nous avons vu la même chose se produire chez un enfant dont la mère avait eu un vaste phlegmon, comme on le voit fréquemment chez des enfants issus de tuberculeuses, et non tuberculeux eux-mêmes.

Cette hérédité indirecte, cette hérédité de terrain relève donc, sans doute, de l'intoxication du fœtus par les toxines franchissant le placenta, en partie du moins. On comprend que ces tares héréditaires, conséquences d'une venue avant terme, d'un empoisonnement, accroissent l'intensité des maladies.

La puerpéralité, la débilité native influencent donc l'infection, en même temps que celle-ci exerce son action sur l'être nouveau, dont les premiers éléments anatomiques s'édifient avec peine.

Section de la moelle chez le canard.

M. de Tarchanow. — Après avoir sectionné la moelle cervicale et ligaturé le cou d'un canard, si l'on pratique la respiration artificielle, l'animal fait des mouvements de vol et de natation comme à l'état normal.

Est-il au repos, il suffit de le toucher pour faire apparaître ces mouvements. Est-il au contraire en mouvement, il suffit aussi de le toucher pour le ramener au repos. Une autre excitation, comme un bruit un peu fort, produit les mêmes effets.

Ces mouvements sont purement automatiques, et ils ont vraisemblablement la surface sectionnée de la moelle pour point de départ. Le contact de cette section en détermine, en effet, l'exagération. D'autre part, si l'on se borne à ligaturer fortement le cou de l'animal, ils ne se produisent pas.

M. Laborde. — Chez le chat nouveau-né, après section de la moelle cervicale, la respiration artificielle n'est même pas nécessaire pour la production de mouvements automatiques et rythmés.

M. Chauveau. — Des expériences de M. de Tarchanow, on pourrait conclure que la moelle contient des centres coordinateurs. Si la question est résolue par l'affirmative pour les mammifères, elle n'est pas encore résolue pour les oiseaux. Aussi le canard décapité a-t-il peut-être exécuté des mouvements réflexes. D'ailleurs, la décapitation, le fait est certain, provoque une hyperexcitabilité médullaire très accentuée.

Action de la chloroformisation sur les grenouilles.

M. de Tarchanow montre un certain nombre de grenouilles, chez qui l'on voit, après la chloroformisation, des attitudes cataleptiques auxquelles succèdent des troubles psychiques, comme des hallucinations, des actes agressifs, des attitudes passionnelles.

M. Laborde dit avoir observé les mêmes faits chez les grenouilles soumises à l'action du hachisch.

M. Dastre ajoute qu'il a été témoin d'expériences sur l'hypnotisme et la catalepsie des grenouilles, et il montre combien facilement s'observent l'hypnose et la catalepsie rigide ou plastique chez ces animaux.

M. Dastre dépose une note de M. Starch, où cet auteur montre que les matières albuminoïdes ne transforment l'amidon en sucre que si elles sont le véhicule de microbes ou de ferments solubles.

J. P.

LES LIVRES

Chez G. Masson, éditeur.

Etude sur les virus, par Jean Hameau, docteur en médecine, à la Teste, membre correspondant de la Société royale de médecine et de l'Académie des sciences, belles-lettres et arts, de Bordeaux (1836 et 1847). Préface par M. Grancher, professeur à la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. in-8°, 4 fr.

L'importance d'une telle publication pour quiconque s'intéresse à l'histoire de la médecine se déduit naturellement de cette phrase empruntée à la *préface* de M. le professeur Grancher : « Avoir pressenti, deviné, affirmé, avec toutes les preuves que » pouvait lui fournir la science de son temps, une doctrine qui » devait, cinquante ans plus tard, et grâce au génie de Pasteur, » régner en souveraine, c'est, à mon sens, faire preuve d'une sa» gacité pénétrante. Et si on veut bien remarquer que le Dr J. Ha» meau était un médecin de campagne, isolé de tout foyer scien» tifique, on comprendra mieux encore l'étonnement dont j'ai été » saisi à la lecture de son travail. »

Chez O. Doin, 8, place de l'Odéon, Paris.

Annuaire de Thérapeutique (septième année, 1894), précédé d'une introduction sur les progrès de la thérapeutique en 1894, par le Dr Dujardin-Beaumetz. Un volume in-18 cartonné de 370 pages. Prix : 2 fr.

Affections chirurgicales des membres (statistiques et observations), par le Dr Polaillon, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine. Le second fascicule qui complète le volume se vend séparément 6 fr. Un volume in-8° de 810 pages. Prix : 12 fr.

Manuel de diagnostic chirurgical, par MM. S. Duplay, professeur à la Faculté de médecine de Paris ; E. Rochard, chirurgien des hôpitaux ; A Demoulin, ancien prosecteur des hôpitaux. 1er fascicule, un volume in-12 de 300 pages avec figures en noir et en couleur dans le texte. L'ouvrage sera complet en deux fascicules. Le second fascicule est sous presse.

Aide-mémoire du candidat au doctorat en médecine, par D. Septeuil (deuxième examen, première partie), questions avec réponses pour l'examen d'anatomie : ostéologie, arthrologie, myologie, angiologie, névrologie, splanchnologie. Un volume in-18 cartonné de 200 pages. Prix : 2 fr.

Traité des maladies du cœur chez les enfants, par E. Weill, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon, médecin des hôpitaux, chargé de la clinique des maladies des enfants. Un volume in-8° de 390 pages. Prix : 8 fr.

Contribution à la pathogénie de l'arthritisme, par le Dr Henry Cazalis, médecin à Aix-les-Bains. Grand in-8° de 40 pages. Prix : 2 fr.

Recherches anatomiques sur les artères des os longs (humérus, cubitus et radius, fémur, tibia et péroné), par le Dr Siraud, chef des travaux anatomiques à la Faculté de médecine de Lyon, ex-interne des hôpitaux, etc. Grand in-8° de 100 pages avec 4 planches en chromolithographie hors texte. Prix : 4 fr.

ACTES DE LA FACULTÉ

DU 24 AU 29 JUIN 1895

EXAMENS

Lundi 24 juin, à 9 heures. — 1er (1re série) : MM. Baillon, Hanriot, Weiss. — 1er (2e série) : MM. Blanchard, Guebhard, Fauconnier.

A 1 heure. — 2e Oral (1re partie, 1re série) : MM. Monod, Reclus, Retterer — 2e Oral (1re partie, 2e série) : MM. Marchand, Delens, Poirier. — 3e (2e partie) : MM. Potain, Fournier, Déjerine. — 5e Chirurgie (1re partie, 1re série), Hôtel-Dieu : MM. Terrier, Tuffier, Jalaguier. — 5e Chirurgie (1re partie, 2e série), Hôtel-Dieu : MM. Tillaux, Delbet, Lejars. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu : MM. Hayem, Brissaud, Gaucher.

Mardi 25 juin. — 2e Oral (1re partie) : MM. Remy, Quénu, Poirier. — 3e Oral (1re partie, 1re série) : MM. Le Dentu, Pozzi, Alharran. — 3e Oral (1re partie, 2e série) : MM. Berger, Bouilly, Humbert. — 4e (1re série) : MM. Proust, Dieulafoy, Letulle. — 4e (2e partie) : MM. Pouchet, Raymond, Marie. — 5e Chirurgie (1re partie, 1re série), Charité : MM. Duplay, Schwartz, Brun. — 5e Chirurgie (1re partie, 2e série), Charité : MM. Guyon, Polaillon, Nélaton. — 5e (2e partie), Charité : MM. Jaccoud, Cornil, Ballet — 5e Obstétrique (1re partie), Clinique d'Accouchements, rue d'Assas MM. Tarnier, Maygrier, Bar.

Mercredi 26 juin, à 9 heures. — 1er (1re série) : MM. Lutz, Blanchard André. — 1er (2e série) : MM. Hanriot, Guebhart, Heim.

A 1 heure. — 5e Chirurgie (1re partie), Hôtel-Dieu : MM. Marchand, Monod, Ricard. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu : MM. Hayem, Fournier, Déjerine.

Jeudi 27 juin, à 1 heure. — 2e Oral (1re partie, 1re série) : MM. Polaillon, Quénu, Chantemesse. — 2e Oral (1re partie, 2e série) : MM. Raymond, Remy, Poirier. — 2e Oral (1re partie, 3e série) : MM. Berger, Pozzi, Roger — 2e (2e partie) : MM. Dieulafoy, Hallopeau, Charrin. — 4e : MM. Proust Ballet, Gilbert.

Vendredi 28 juin, à 9 heures. — 1er (1re série) : MM. Baillon, Guebhard Fauconnier. — 1er (2e série) : MM. Lutz, Blanchard, Weiss.

A 1 heure. — 2e Oral (1re partie) : MM. Monod, Retterer, Poirier. — 4e : MM. Pouchet, Landouzy, Netter. — 5e Chirurgie (1re partie, 1re série), Charité : MM. Tillaux, Reclus, Tuffier. — 5e Chirurgie (1re partie, 2e série), Charité : MM. Delens, Delbet, Lejars. — 5e (2e partie), Charité : MM. Potain, Straus, Chauffard. — 5e Obstétrique (1re partie), Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Marchand, Varnier.

Samedi 29 juin. — 3e Oral (1re partie) : MM. Remy, Quénu, Poirier. — 5e Chirurgie (1re partie, 1re série), Hôtel-Dieu : MM. Panas, Polaillon, Nélaton. — 5e Chirurgie (1re partie, 2e série), Hôtel-Dieu : MM. Le Dentu, Brun, Alharran. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu : MM. Laboulbène, Chantemesse, Ballet. — 5e (2e partie, 1re série), Charité : MM. Dieulafoy, Marfan, Ménétrier. — 5e (2e partie, 2e série), Charité : MM. Raymond, Hallopeau, Letulle. — 5e Obstétrique (1re partie), Clinique d'Accouchements, rue d'Assas : MM. Tarnier, Maygrier, Bar.

CHIRURGIENS-DENTISTES

Lundi 24 juin. — 2e : MM. Landouzy, Sebileau, André.
Mercredi 26 juin. — 2e : MM. Cornil, Poirier, Netter.
Jeudi 27 juin. — 2e : MM. Duplay, Pouchet, Marfan.
Vendredi 28 juin. — MM. Hayem, Gaucher. Sebileau.
Samedi 29 juin. — 2e (1re série) : MM. Pouchet, Berger, Gilbert.

SAGES-FEMMES

Lundi 24 juin. — 2e (Clinique Beaudelocque) : MM. Pinard, Sebileau, Varnier.

Jeudi 27 juin. — Clinique d'Accouchements, rue d'Assas : MM. Tarnier, Maygrier, Bar.

THÈSES

Mercredi 26 juin. — *M. Bartoli* : Quelques considérations sur les résultats du traitement médical dans la salpingite (MM. Potain, Joffroy, Chauffard, Gaucher). — *M. Bécart* : Considérations sur l'hémoglobinurie et les hémoglobinuries brightiques (MM. Potain, Joffroy, Chauffard, Gaucher). — *M. Ducroux* : Contribution à l'étude de la neurasthénie. Rapports de la maladie de Bearce avec les maladies infectieuses (MM. Potain, Joffroy, Chauffard, Gaucher). — *M. Katzewellenbogey* : Des lipomes symétriques (MM. Straus, Grancher, Brissaud, Tuffier). — *M. Westberge* : La scrofule moderne comparée à la scrofule ancienne (MM. Straus, Grancher, Brissaud, Tuffier). — *M. Huber* : Recherches physiologiques sur la résorption rénale (MM. Straus, Grancher, Brissaud, Tuffier). — *M. Neveux* : De la gangrène du médiastin et de la gangrène pulmonaire consécutive (MM. Straus, Grancher, Brissaud, Tuffier). — *M. Cocagne* : Du pronostic dans la présentation du siège (MM. Pinard, Reclus, Sebileau, Varnier). — *M. Abd el Nour* : Les méfaits du tamponnement vaginal dans le placenta-prævia démontrés par les statistiques récentes de ses partisans (MM. Pinard, Reclus, Sebileau, Varnier). — *M. Jallot* : Des opérations conservatrices dans le traitement de l'ostéo-sarcôme (MM. Pinard,

Reclus, Sebilean, Varnier). — *Mme Magnus* : Etude clinique des tumeurs adénoïdes, leur traitement chirurgical. Résultats post-opératoires (MM. Terrier, Delens, Jalaguier, Lejars). — *M. Gourdet* : Etude sur l'aplatissement comparé du thorax par les différents procédés de résection costale, et spécialement sur un nouveau procédé de thoracoplastie (MM. Terrier, Delens, Jalaguier, Lejars).

Jeudi 27 juin. — *M. Maignant* : Contribution à l'étude des péricystites suppurées (MM. Guyon, Cornil, Humbert, Netter). — *M. Dutournier* : Contribution à l'étude du diabète bronzé (MM. Cornil, Guyon, Humbert, Netter). — *M. Marmasse* : Du curettage dans les accidents des suites de couches (MM. Tarnier, Le Dentu, Bouilly, Nélaton). — *M. Dubois* : Contribution à l'étude de l'hypertrophie mammaire dans le cours de la grossesse (MM. Tarnier, Le Dentu, Bouilly, Nélaton). — *M. Barau* : Des reproches faits à la cocaïne dans son emploi en chirurgie (MM. Le Dentu, Tarnier, Bouilly, Nélaton). — *M. Acard* : Contribution à l'étude des cirrhoses pigmentaires (MM. Debove, Joffroy, Marie, Ménétrier). — *M. Malherbe* : Contribution à l'étude du mycosis fongoïde et spécialement des érythrodermies prémycosiques (MM. Debove, Joffroy, Marie, Ménétrier). — *M. Le Maitre* : Des états cataleptiques dans les maladies mentales (MM. Joffroy, Debove, Marie, Ménétrier).

EAUX THERMALES

Traitement de l'embarras gastrique et gastro-hépatique.

Les affections gastriques, embarras digestifs, dyspepsies de tous ordres sont, parmi les affections journalières, celles que le praticien a, le plus fréquemment, l'occasion de traiter. Ce sont celles également qui, dans les Sociétés savantes, ramènent le plus fréquemment en discussion les points de doctrine qui semblaient le plus solidement établis. Chomel affirmait qu'un quart au moins des habitants des villes était plus ou moins sujet à l'embarras gastrique ou gastro-hépatique habituel : la mauvaise alimentation, les écarts de régime, les veilles, les excès alcooliques ou autres, les fatigues exagérées, la vie à la vapeur rendent compte de cette extrême fréquence des affections du tube digestif... Peu à peu, les fonctions de l'estomac surmené se dépravent; le suc gastrique diminue ou se pervertit; les vomissements, les éructations, les coliques et la diarrhée apparaissent ; l'épigastre devient douloureux, la bouche amère et pâteuse, l'haleine fétide, la soif continuelle.

L'indication thérapeutique dominante consiste alors à administrer une purgation saline bien tolérée par l'organisme, telle que l'eau naturelle d'*Hunyadi Janos*.

A la dose d'un verre, pris tous les deux matins pendant une huitaine de jours, le système gastro-hépatique se nettoiera peu à peu de son catarrhe muqueux et dépouillera son état saburral. La circulation porte se débarrassera de ses matériaux encombrants et recouvrera une activité veineuse circulatoire du meilleur aloi. L'eau purgative luttera, par conséquent, à la fois contre l'hyperhémie porte, contre l'hypercrinie folliculeuse et contre la polycholie hépatique : par cette triple action, les accidents graves qui ont pour cause ordinaire la réplétion du système spléno-hépato-intestinal (fièvre gastrique et bilieuse, dothiénentérie au début) se trouvent le mieux enrayés. Si jamais un agent médicamenteux a pu véritablement juguler la fièvre typhoïde ou une autre zymopyrexie, cet agent, n'en doutez pas, ressortissait à la méthode évacuante...

L'arthritisme et l'herpétisme sont des diathèses congestives par excellence, et dont on retrouve facilement la main dans de nombreux et obscurs états de phlogose viscérale, que traduisent des troubles digestifs rebelles. Dans ces cas également, *Hunyadi Janos* est un admirable détersif, capable de donner aux fonctions gastro-intestinales un vigoureux coup de fouet, en incitant les sécrétions glandulaires, qui commandent en maîtresses l'appareil digestif.

L'inappétence, l'anorexie, et cet état particulier de langueur asthénique de toute le tube digestif tiennent souvent à l'empâtement du foie et à une sorte d'engouement des chylifères. De là, obstruction viscérale chronique, qui empêche l'absorption et place les fonctions assimilatrices au milieu du plus déplorable des cercles vicieux. Eh bien ! cet état morbide disparaît aisément avec la pléthore abdominale qui lui a donné naissance, par des doses souvent répétées d'*Hunyadi Janos*. Outre leur action révulsive, elles stimulent les sécrétions, neutralisent leur acidité et exercent une action dynamique générale, dont les effets toniques viennent heureusement modérer le rôle spoliateur et altérant.

Gardons-nous, toutefois, de supposer que tout sel purgatif soit susceptible de recéler en lui-même d'aussi surprenants résultats curatifs. Non ; les préparations salines artificielles n'ont (disons-le bien haut) ni la sûreté, ni la douceur d'action nécessaires pour arriver à ces modifications radicales.

Si nous considérons le nombre et le poids des évacuations, la durée de l'action cathartique, et surtout la nature spéciale des selles produites, nous voyons que l'avantage sur tous les produits artificiels et naturels similaires appartient à l'eau d'*Hunyadi Janos*.

Purgatif dialytique par excellence, jamais il n'a pu produire d'intolérance gastrique ni de réaction douloureuse entérique; et cela, précisément parce qu'il s'élimine avec une admirable facilité. Enfin, considération qui a aussi sa valeur, lorsqu'il s'agit d'expliquer la vogue : la bouteille à bouchon ficelé que prépare l'officine est d'un prix plus dispendieux que le *produit pharmaceutique des forces souterraines*, comme le désignait le regretté professeur de Montpellier, qui différenciait avec tant de bon sens l'action des divers purgatifs salins. *(Esquisses d'Hydrologie clinique.)*

Dr E. Monin.

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

FACULTÉS

Concours d'agrégation (chirurgie et accouchements).

NOMINATIONS

Paris, chirurgie : MM. Broca, Walther, Hartmann; accouchement : M. Bonnaire.
Lyon, chirurgie : MM. Vallas, Curtillet.
Bordeaux, chirurgie : MM. Binaud, Braquehaye.
Montpellier, chirurgie : M. Gervais de Rouville; accouchement : MM. Puech, Vallois.
Nancy, chirurgie : M. Frœlich ; accouchement : M. Schuhl.
Lille, accouchement : M. Oui.
Toulouse, chirurgie : M. Aldibert.

Concours d'agrégation (chimie, physique et pharmecie).

NOMINATIONS

Paris, chimie : M. Chassevant.
Lyon, chimie : M. Barral; pharmacie : M. Moreau.
Toulouse, chimie : M. Biarnes.
Nancy, physique : M. Guilloz.

Concours pour le clinicat.

Les jurys des divers concours de clinicats sont composés comme il suit :

Clinicat médical. — MM. Jaccoud, Potain, Dieulafoy, Debove, Landouzy.

Clinicat des maladies du système nerveux. — MM. Jaccoud, Potain, Dieulafoy, Debove, Landouzy, Raymond.

Clinicats chirurgical et des maladies des voies urinaires. — MM. Duplay, Tillaux, Berger, Guyon, Terrier.

Clinicat obstétrical. — MM. Duplay, Tillaux, Berger, Guyon, Terrier, Tarnier, Pinard.

Clinicat ophtalmologique : MM. Panas, Le Dentu, Gariel, Terrier, Gley.

Concours d'agrégation (anatomie, physiologie, histoire naturelle).

Epreuve orale de 1 heure après 48 heures de préparation. — Questions.

1° Gaz du sang; conditions de leurs variations;
2° De l'urée; discuter sa formation et sa provenance;
3° Les sécrétions internes;
4° Associations fonctionnelles entre les organes glandulaires;
5° Organes périphériques et centraux de l'équilibration;
6° Phénomènes chimiques du muscle en activité;
7° Des impressions rétiniennes; leur transmission à l'écorce cérébrale;

66e Année. 9e Série. Tome II . N° 26 . 29 Juin 1895

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : Dr **F. de RANSE** — *Rédacteur en chef :* **Dr Pierre SEBILEAU**

Secrétaire de la Rédaction : **M. Em. EMERY**

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 28, rue Vignon

Notre collaborateur M. Alb. Robin (de l'Académie de Médecine), médecin de la Pitié, nous adresse la lettre suivante :

Monsieur le Directeur,

Il a paru dans les journaux de médecine une annonce émanant d'un pharmacien qui se sert de mon nom pour vanter sa marchandise.

Je proteste énergiquement contre cet acte de flibusterie. Je n'ai donné et ne donnerai à personne le droit de mettre ses produits sous le couvert de mon patronage.

Un autre industriel utilise une similitude de noms pour établir à son profit une confusion et insérer des annonces où mon nom s'étale en grosses lettres sans aucun prénom distinctif, et cela, malgré mes réclamations.

C'est là un procédé dont je veux publiquement flétrir l'inconvenance et la déloyauté, en attendant les poursuites judiciaires que je me réserve de faire.

Veuillez agréer, Monsieur le Directeur, l'assurance de ma considération distinguée,

19 juin 1895. ALBERT ROBIN.

TRAVAUX ORIGINAUX

Quelques particularités de la scarlatine.

Par le Dr CH. FIESSINGER (d'Oyonnax).

S'est-on demandé quelles peuvent être les conséquences d'une erreur de diagnostic au point de vue épidémiologique ? A Oyonnax, pareille erreur nous vaut, depuis plus de deux ans, une épidémie de scarlatine. L'erreur avait été commise par un maître lyonnais. Il conseilla le séjour de la campagne à un enfant convalescent de diphtérie avec érythème scarlatinoïde : à la scarlatine classique que prit peu de jours plus tard le frère de ce petit malade, on s'aperçut que la soi-disant diphtérie avec érythème scarlatinoïde n'était qu'une scarlatine compliquée d'angine pseudo-membraneuse.

La méprise était heureuse : elle nous valut une épidémie de scarlatine, et cela est préférable à la diphtérie.

La contamination qui s'opéra de ce fait en 1892 (1) s'exerça sur une soixantaine de personnes ; puis la maladie émigra dans les villages voisins et nous revint en septembre 1894, avec des allures un peu plus graves, bien que les cas bénins restassent en nombre. Une soixantaine de malades furent encore atteints.

Nous ne reparlerons pas de la scarlatine apyrétique, cette dernière ayant déjà été décrite par nous dans un travail antérieur (2). Non seulement cette forme de scarlatine évolue sans fièvre ; l'angine également peut faire défaut et quant au traitement pharmaceutique, sauf quelques gargarismes antiseptiques, il est nul. Très effacée au point de vue des symptômes généraux, la scarlatine apyrétique s'impose avec intérêt à l'attention de l'hygiéniste ; c'est elle en effet qui fait durer les épidémies de scarlatine. Si bénigne est la fièvre éruptive que le médecin n'est pas appelé. Les précautions d'isolement ne sont pas observées et la scarlatine apyrétique constitue un fonds infectieux qui alimente l'épidémie régnante.

La scarlatine abortive guérissant en moins de quatre ou cinq jours a été fréquente (30 0/0) (3). Il est entendu que nous appelons guérison la chute thermique, la période éruptive et de desquamation se prolongeant bien au delà de ce terme. Scarlatine apyrétique et scarlatine abortive ne diffèrent des scarlatines classiques que par l'absence ou le peu de durée du mouvement fébrile : les symptômes locaux sont exactement superposables.

Dans la scarlatine abortive toutefois une température modérée n'excédant pas 39° (T. r.) ne constitue pas une règle applicable à tous les cas. Un jeune homme de 22 ans, le second jour de sa maladie, a présenté jusqu'à 40° 8.

Ce sont là alertes toutes passagères qui ne préjugent en rien de la durée de la fièvre éruptive.

Quelle que soit la forme de la scarlatine, apyrétique, abortive ou classique, mais surtout dans les types bénins, l'éruption peut être prurigineuse. Enfants et adultes se plaignent des démangeaisons qui accompagnent les rougeurs cutanées.

(1) FIESSINGER : *Gazette Médicale*, 17 déc. 1892.

(2) FIESSINGER : *Gazette Médicale*, 4 et 11 mars 1893.

(3) Les observations sont consignées dans un mémoire manuscrit adressé à l'Académie : Constitution médicale de 1894.

On connaît l'éruption vésiculeuse qui prend parfois position sur les placards scarlatineux. Ces vésicules, disséminées plus particulièrement sur les bras et les membres inférieurs, donnent à la peau un aspect boutonneux; elles deviennent opalines et se dessèchent au bout de quelques jours. Ces éruptions vésiculeuses n'ont aucune influence sur le pronostic: la scarlatine apyrétique et la scarlatine classique s'en réclament également.

Une fois que l'érythème scarlatineux a disparu, il arrive exceptionnellement qu'il se ravive quelques jours plus tard sous forme de plaques rosées plus pâles que l'érythème primitif et étendues sur les lombes et les parois thoraciques. Cette éruption seconde ne dure pas plus de 24 à 48 heures; elle ne s'accompagne pas forcément d'un retour des phénomènes généraux, et l'enfant de 8 ans, sur lequel nous l'avions observée, parvenu au 13e jour de la scarlatine, restait seulement sans appétit, alors qu'on aperçut la récidive de l'éruption. Thomas (1) a décrit quelques faits de ce genre.

Plus rare encore est l'éruption d'un urticaire qui apparaît au cours de la scarlatine. Une fillette de 4 ans et demi, dont la fièvre persistante était due à une complication de bronchite, vit le onzième jour de la maladie, se développer des plaques d'urticaire, marbrées de blanc et dessinant des figures irrégulières sur le tronc et les membres. Démangeaisons vives et disparition au bout de quelques heures de cette éruption qui n'était pas d'ordre médicamenteux, l'enfant refusant d'absorber la potion de sulfate de quinine qui lui avait été prescrite.

Si commun au déclin de la pneumonie ou de la grippe, l'herpès n'est au contraire guère noté à la convalescence de la scarlatine. Nos observations ne nous fournissent qu'une observation d'herpès labial survenu au moment de la défervescence.

Rien à dire sur l'état de la gorge ou de la langue. A cet égard nos malades sont restés dans la description banale. Du côté du tube digestif, la diarrhée a été fréquente.

Les symptômes généraux ont parfois été très accusés: fièvre vive au-dessus de 40° se prolongeant pendant plusieurs jours, délire furieux, augmentant avec la chute thermique; hallucinations terrifiantes: des hommes sont là qui menacent le malade, des animaux le poursuivent. Non seulement le sens de la vue et de l'ouïe sont affectés par les impressions délirantes; l'odorat est également le siège de sensations morbides. Un jeune homme de 19 ans croit être couché à côté d'un homme gras et qui sent mauvais. L'entourage est obligé de maintenir au lit le malade qui se débat et les bains froids à 25°, d'une durée de dix minutes et répétés toutes les trois heures, sont nécessaires pour ramener un peu de calme. Lorsque la fièvre est tombée et que le délire persiste, nous nous sommes bien trouvé d'élever le degré thermique du bain et la température de 30 à 35° nous a paru la plus favorable deux bains de vingt à vingt-cinq minutes de durée sont en ce cas administrés matin et soir.

Ces délires si violents ont été observés sur des jeunes gens: l'un avait des habitudes alcooliques; l'autre était sobre.

Jadis, nous avons tenté d'expliquer les accidents nerveux dont le tapage augmente au moment de la convalescence des pyrexies par l'hypothèse suivante: la fièvre est tombée avant l'élimination de certaines toxines. Ces toxines n'étant plus détruites par les oxydations fébriles encombrent le système nerveux. Pour peu que le système nerveux soit irritable, le délire et l'agitation paraissent. En pareil cas, nous avons vu se produire des troubles cardiaques caractérisés par la tachycardie paroxystique, comme si les centres d'innervation cardiaque eussent été touchés par les poisons microbiens (1).

(1) Cité par GUINON, in *Traité de Médecine*, T. II. p. 56.

Le pronostic immédiat de la scarlatine a été constamment favorable chez nos malades; l'un d'eux, un jeune homme de 28 ans, a pris la fièvre éruptive dans des conditions bizarres: alité depuis une douzaine de jours pour une péritonite traumatique (un morceau de meule avait été projeté avec force contre son ventre), la convalescence s'établit; les vomissements cessent, le ventre redevient souple, la fièvre tombe et voici qu'après quarante-huit heures d'apyrexie le thermomètre remonte. La muqueuse de la gorge est rouge; un enduit pultacé recouvre les amygdales; la poitrine, le ventre, les lombes sont tachés de larges plaques rouges piquées de points plus foncés; l'éruption envahit les membres. Notre malade qui n'avait pas quitté le lit avait la scarlatine: aucun convalescent de cette maladie ne lui ayant rendu visite, la contamination n'avait pu s'opérer que par une personne saine qui fréquentait les scarlatineux. La seule personne réunissant ces conditions était le docteur lui-même qui sans doute avait apporté dans ses vêtements le germe de la fièvre éruptive. Aussi bien la guérison s'est-elle effectuée sans encombre, accompagnée d'une desquamation abondante.

Nous ne pensons pas que ce malade, qui avait usé de fortes doses d'opium (25 centigrammes d'extrait par jour), ait subi de cette absoption une intoxication dont les effets s'étaient traduits par un érythème scarlatinoïde.

D'abord les érythèmes après l'administration de l'opium sont rares: le malade a repris de l'opium plus tard sans en être incommodé et puis la maladie avait les allures de l'épidémie régnante.

Les complications de la scarlatine seront étudiées dans un prochain mémoire; disons seulement que les maux de Bright ont été nombreux et les bronchites fréquentes.

REVUE GYNÉCOLOGIQUE

Traitement des métrites par la solution de chlorure de zinc au dixième, par E. FORT. Thèse Paris, 1894.

Le bâton de M. Dumontpallier a été banni de la thérapeutique intra-utérine. La flèche de Canquoin que M. Polaillon glissait dans la matrice a eu à peu près le même sort. Il faut se féliciter de ce résultat. L'utérus, déjà menacé par les chirurgiens qui savent si bien en pratiquer l'ablation depuis quelques années, était exposé aux entreprises de tous les praticiens capables d'introduire dans la cavité cervico-corporéale une fine tige à base de chorure de zinc. L'opération était facile, mais les suites déplorables.

On sait que Broëse, Rheimstedter et Fritsch touchent depuis longtemps la cavité utérine avec un bourdonnet d'ouate imbibée d'une solution de chlorure de zinc à 50 0/0.

L'opération est renouvelée tous les huit jours pendant sept à neuf semaines environ.

M. Fort nous donne le manuel opératoire adopté par M. Périer qui se sert du chlorure de zinc sous forme de glycérolé au dixième depuis l'année 1871.

Voici en résumé le procédé de M. Périer:

1° Dilatation utérine à la laminaire;

2° Cautérisation de la muqueuse utérine avec un coton imbibé de glycérolé, pendant cinq minutes. On met ensuite dans la matrice une gaze imbibée de naphtol camphré.

(1) *Gazette Médicale*, 1892, p. 481: Tachycardie paroxystique au déclin de la septicémie puerpérale.

Ce traitement est applicable « aux métrorrhagies peu » abondantes, ou à la métrite catarrhale, ou à la métrite » post-puerpérale sans rétention de débris placentaires ou » enfin à la métrite accompagnée de salpingite non volu- » mineuse ni aiguë ».

Il y a lieu de se méfier de l'atrésie. Si on pratique une bonne dilatation et si les soins consécutifs sont exactement remplis, ce traitement peut donner de bons résultats. Cependant, nous avouons n'avoir aucune sympathie pour le chlorure de zinc.

Contribution à l'étude des métrites hémorrhagiques, par Trotesrki. Thèse Paris, 1894.

Veut-on connaître en quoi consiste l'entité morbide décrite sous le nom de métrite hémorrhagique ?

C'est, d'après l'auteur, la métrite *post abortum.*

Il est impossible d'adopter une classification qui n'est basée ni sur la clinique, ni sur l'anatomo-pathologie. Autant dire que la métrite hémorrhagique n'est autre que la métrite des fibrômes.

L'hémorrhagie est un symptôme qui s'observe dans un certain nombre de lésions de l'endomètre. On ne peut établir un type de métrite sur la constatation, la fréquence ou l'abondance d'une perte de sang provenant de l'utérus.

Il y a lieu de supprimer ce terme de métrite hémorrhagique qui ne répond à rien et qui n'engendre qu'erreur et confusion. La thèse de M. Troterski en est la preuve.

Essai sur les névralgies à distance dans les affections utérines, par Villain. Thèse. Paris, 1894.

On sait depuis longtemps que différentes névralgies peuvent être observées chez certaines femmes atteintes d'affections des organes génitaux.

M. Villain a colligé un certain nombre de faits intéressants qui démontrent l'influence des maladies utérines ou péri-utérines sur des nerfs situés à une grande distance de la zone génitale.

Les névralgies du tripumeau et des nerfs intercostaux ont paru être plus fréquentes que les autres.

Comment expliquer la production de ces névralgies?

L'auteur adopte successivement la théorie réflexe, celle de la sensation associée. Dans certains cas, il fait intervenir le *locus minoris resistentiæ*. Enfin, il est obligé parfois d'invoquer une « cause générale plus ou moins nettement visible ».

Ce qu'il y a de certain, c'est que la guérison de l'affection utérine ou péri-utérine a, pour conséquence, la disparition de la névralgie.

De la propagation des affections vulvo-vaginales de l'enfance aux organes génitaux internes, par A. Martin. Thèse Paris, 1894.

La vulvo-vaginite des petites filles est parfois due au gonocoque, comme l'ont démontré les travaux de Sauger, de Spalh, de Prochnownick, etc.

L'inflammation blennorrhagique peut se propager du côt du péritoine, chez les enfants comme chez les femmes adultes. M. Martin énumère les causes qui sont susceptibles de faire comprendre la moindre fréquence de la complication péritonéale chez la petite fille atteinte de vulvo-vaginite blennorrhagique.

L'infection doit se propager le plus souvent par la voie muqueuse.

C'est François Huber (de New-York) qui a signalé le premier l'existence d'une péritonite aiguë mortelle consécutive au catarrhe vulvo-vaginal chez une enfant de 7 ans. D'autres faits du même genre ont été rapportés. L'inflammation péritonéale peut se terminer par la guérison et il semble qu'il en soit ainsi ordinairement.

Les complications péritonéales dans le cours des vulvo-vaginites, sont fort vraisemblables. Je crois même à l'exactitude de l'interprétation donnée par les différents auteurs qui ont étudié cette question. Il faut cependant reconnaître que la preuve bactériologique n'a pas encore été faite et qu'il est sage d'adopter l'opinion de M. Martin, en faisant quelques réserves.

Des corps étrangers de l'utérus, par J. Caraes, Thèse Paris, 1894.

Cette thèse contient le récit de quelques faits bizarres. On a trouvé dans l'utérus des épingles à cheveux, des pessaires, des morceaux de bois, etc. Tantôt l'introduction de ces corps étrangers avait eu lieu dans le but de produire l'avortement, tantôt c'était une tentative lubrique ; enfin, dans quelques cas, le hasard seul pouvait être incriminé.

A L'ÉTRANGER

ALLEMAGNE

Structure des cellules.

Waldeyer vient de faire, sur ce sujet d'anatomie générale, un important travail exposé devant la Société de Médecine de Berlin. Toute cellule, dit-il, est composée d'un protoplasma, d'un noyau et d'un nucléole. Puis il passe en revue chacun de ces trois éléments.

Le protoplasma a donné lieu à bien des théories de la part des différents auteurs qui se sont occupés de la question. En général, ils y ont reconnu ce que von Kupffer a appelé le protoplasma proprement dit, c'est-à-dire le squelette même de la cellule, sur l'interprétation de laquelle ces auteurs ont, d'ailleurs, beaucoup varié. Les uns y ont vu une disposition fibrillaire, d'autres une disposition réticulaire, d'autres enfin une disposition alvéolaire.

Au milieu de ce squelette, existerait une substance demi-molle, appelée, par von Kupffer, paraplasma. Waldeyer croit que le protoplasma varie avec les cellules, et la seule règle générale qu'il se trouve le droit de donner est celle-ci : le corps d'une cellule est formé de deux substances, l'une solide, l'autre molle avec interposition de fines granulations, et l'élément granulaire n'est que l'élément secondaire de la cellule.

Le noyau se compose d'une membrane d'enveloppe et d'une substance élémentaire avec deux espèces de granulations. La première espèce se colore d'une façon très marquée, l'autre beaucoup moins. Reste à savoir si le noyau est indépendant, ou si, au contraire, il ne peut vivre sans le protoplasma. D'autre part, le protoplasma peut-il vivre sans noyau? Il est bien démontré que le protoplasma et le noyau sont nécessaires l'un à l'autre pour la vie et la fonction de la cellule. Beaucoup d'autres ont montré, en outre, que le protoplasma et le noyau ne seraient que des états différents d'une même substance élémentaire vivante ; mais il est impossible de dire quand la masse primordiale se différencie en noyau et en protoplasma.

Le nucléole se compose des mêmes éléments que les globules de chromatine. Peut-être n'est-ce qu'une concentration de la chromatine.

Quant à la division de la cellule, elle est précédée, comme l'a démontré van Béneden, du rayonnement nucléaire et du rayonnement cellulaire. C'est alors seulement qu'apparaissent les deux corpuscules qui iront se placer chacun à une extrémité de la cellule primitive. On les appelle centrosomes. Ils sont très nombreux dans les lymphocytes et les cellules corticales de la moelle

des os, car les cellules géantes de ces éléments en contiennent beaucoup. Cependant, on sait aujourd'hui que ces corpuscules existent aussi bien à l'état de repos de la cellule qu'à l'état de division; c'est à l'époque où la cellule se divise qu'ils entrent en fonction.

De tous ces faits, il faut conclure que si nos cellules restent toujours les derniers éléments de notre organisme, elles n'en sont pas moins constituées par des éléments plus petits qui sont des éléments primordiaux nécessaires à la formation de toute cellule. Le protoplasma cellulaire se compose donc lui-même de particules encore peu connues, qui ont été considérées comme des cellules infiniment petites résultant de la décomposition de la cellule elle-même, par Nægeli, Maggi et Wiesner.

SUISSE

De la cholédochoduodénostomie interne.

M. Kocher (*Corresp. Blatt. für Schw. Arz.*, avril) a relaté l'observation d'une opération qu'il a été appelé à pratiquer pour calculs biliaires et qu'il est bon de citer, aujourd'hui que cette question occupe tout particulièrement la chirurgie.

Il s'agissait d'un malade souffrant depuis longtemps de cholélithiase. C'étaient des crises douloureuses, des troubles digestifs graves et de l'ictère très accentué. Ces phénomènes furent bientôt accompagnés de symptômes fébriles et de frissons et l'ictère s'établit d'une façon permanente.

Comme sous ces diverses influences l'état général du malade allait toujours s'affaiblissant, on se décida à intervenir.

On ouvrit le péritoine et le foie apparut de volume à peu près normal. Mais la vésicule biliaire, très petite, renfermait peu de bile. Le doigt, introduit derrière le duodénum, permit de constater un calcul d assez fort volume. On essaya de le broyer sans y parvenir. On ne réussit pas davantage à écarter le duodénum ; aussi, se vit-on forcé d'inciser transversalement la paroi antérieure du duodénum, puis sa paroi postérieure ; enfin, on incisa le cholédoque sur le calcul. L'extraction de ce dernier fut aisée ; aussitôt après, l'on réunit les bords de l'incision du cholédoque à ceux de la plaie duodénale postérieure. La suture de la plaie transversale antérieure termina l'acte opératoire. Au bout d'un mois et demi, le malade était complètement guéri; il n'avait plus de crises douloureuses ni d'ictère.

Ce qui fait l'intérêt de cette intervention, c'est que c'est la seule opération de ce genre qui ait été faite pour cholélithiase, avec celle de Marc Burney. Mais ce dernier chirurgien ne fit pas exactement la même opération; il se contenta, en effet, après ouverture du duodénum, de dilater l'orifice intestinal du cholédoque et put ainsi extraire le calcul. Le calcul en présence duquel se trouvait Kocher mesurait 27 millimètres de long et 6 centimètres de circonférence. Aussi, l'opération faite par Mac Burney n'aurait pas suffi dans la circonstance. L'auteur fut forcé de pratiquer ce qu'il a appelé la cholédochoduodénostomie interne.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 26 juin. — Présidence de M. Théophile Anger.

Des éponges aseptiques.

M. Michaux. — Je veux revenir sur la question de l'emploi des éponges aseptiques au cours des opérations. Voici des tubes de sérum qui ont été maintenus pendant huit jours dans l'étuve à 37° où les éponges sont préparées. Ces tubes n'ont pas cultivé. Nous sommes donc assurés de l'asepsie des éponges préparées par le procédé que je vous ai dit. De plus, je suis d'avis que les éponges sont préférables aux tampons pour plusieurs raisons : elles étanchent mieux le sang répandu dans la cavité abdominale, elles maintiennent mieux les anses intestinales qui tendent à faire saillie. Je revendique donc la préférence pour l'emploi des éponges.

M. Quénu. — Je ne suis pas de l'avis de M. Michaux. Je considère comme une manie tout attardement à l'emploi des éponges et je crois qu'il faut les remplacer à jamais par les tampons et les compresses. Tout d'abord, les compresses maintiennent très bien les anses d'intestin quand ces anses se montrent, ce qui est rare aujourd'hui, au cours de la laparotomie, depuis que nous mettons nos opérés sur le plan incliné. De plus, ces éponges, aseptiques il est vrai, ont été décolorées avec de l'acide sulfureux. Or, j'ai remarqué qu'elles conservent de cette préparation un certain degré d'acidité qui exerce une action irritante sur le péritoine. Cette action purement chimique suffit à me les faire rejeter définitivement.

L'hystérectomie abdominale totale.

M. Richelot. — Avant de répondre aux nombreuses objections que m'ont faites mes collègues sur ma communication d'un procédé définitif d'hystérectomie abdominale totale, je tiens à fixer d'abord certains points qui me semblent être en dehors du sujet.

Qu'il soit bien entendu, en effet, que je n'ai pas voulu parler dans ma communication du traitement des fibrômes en général. Il est évident qu'il y a des fibrômes, par exemple, qui peuvent être traités par l'hystérectomie vaginale seule. De plus mon procédé est exclusivement abdominal, et il s'écarte absolument des procédés d'hystérectomie abdomino-vaginale antérieurement décrits. Ceux-ci sont évidemment des opérations doubles, et le fait, pour mes contradicteurs, de les avoir rapprochés de mon procédé, est pour moi l'aveu qu'il n'y a pas encore de procédé d'hystérectomie abdominale totale. C'est donc cette lacune que j'ai prétendu combler.

Tout le monde m'a reproché d'avoir appelé mon procédé un procédé définitif. Mais je ferai remarquer que l'on a confondu le mot définitif avec le mot exclusif. Je ne propose pas ma manière d'opérer à l'exclusion de toute autre. J'ai voulu tout simplement dire que, lorsqu'il fallait faire l'hystérectomie abdominale totale, j'avais un procédé méthodiquement conçu à ma disposition, et que je l'emploierais jusqu'à nouvel ordre.

A M. Reynier, qui a insisté sur la comparaison de mon procédé avec celui de Lanphear, je ne dirai rien; M. Segond m'a suffisamment défendu sur ce point. En effet, ce n'est pas par l'ensemble de la technique opératoire qu'un procédé peut, de notre temps, différer d'un procédé similaire. Mais c'est le plus souvent par un détail opératoire, lequel détail engendre quelquefois toute la perfectibilité d'une méthode nouvelle. Or, en ce qui me concerne, le détail consiste dans le trou que je crée dans la base du ligament large pour passer les pinces vaginales.

On dit que je pourrais blesser l'utérine ou atteindre l'uretère. Mais je ferai remarquer que quand ma pince est apparue par le petit trou que j'ai créé à la base du ligament large, elle est située au-dessus de l'uretère et ne peut lui causer aucun dommage.

Tout le monde conviendra que, quelle que soit la méthode employée, on est obligé d'énucléer les masses fibreuses de l'utérus avant d'attaquer l'utérus lui-même. Craint-on que cette énucléation donne du sang ? Elle n'en donnera pas si l'incision est faite sur la ligne médiane de l'utérus qui ne saigne pas.

Craint-on que cette énucléation allonge la durée de l'opération ? A cela je répondrai que même pour des cas complexes où l'épiploon adhérait entièrement à la masse fibreuse de l'utérus, je suis arrivé à opérer en moins de temps que ne le font la plupart de mes collègues pour des cas plus simples.

M. Ricard redoute l'infection à la suite de mon opération. Il

n'aime pas voir mes mains circuler de l'abdomen dans le vagin. Et pourtant il s'imaginera bien facilement que le vagin de mon opérée pourra être rendu aussi aseptique avant une hystérectomie abdominale totale qu'avant une hystérectomie vaginale. Je pensais tout d'abord que M. Ricard allait me mettre sur le terrain de l'infection secondaire du péritoine pelvien, consécutive à une occlusion incomplète du cul-de-sac de Douglas. Mais dans les deux cas, que vous songiez à l'infection primitive ou que vous songiez à l'infection secondaire, n'est-il pas vrai de supposer que les conditions d'asepsie vaginale seront aussi satisfaisantes, que lorsque nous faisons l'hystérectomie vaginale ?

J'insisterai maintenant sur quelques points opératoires que j'avais négligés lors de ma communication. La désinsertion antérieure du vagin peut occasionner une légère hémorrhagie. C'est donc sur la face antérieure du col seul qu'il faut aller, au besoin, placer quelques pinces. Il faut aussi se rappeler que le col utérin est petit, étroit et, dans la désinsertion vaginale, cela a son importance, car il faut se garder d'aller trop loin sur les côtés du col, où l'on risquerait de rencontrer quelque branche de l'utérine.

Comme la tranche antérieure et, plus encore, la tranche postérieure du vagin saigne quand on la coupe, je recommande expressément l'hémostase la plus parfaite en cette circonstance, toute trace de sang épanché pouvant être un appel à l'infection.

Quant aux tampons que l'on place dans le vagin, je suis d'avis de ne pas les enlever en même temps que les pinces ; je ne les enlève que sept ou huit jours après l'opération.

Voilà, Messieurs, ce que je voulais dire en réponse aux objections que l'on m'a faites et dont je remercie tous ceux qui me les ont présentées. J'espère, néanmoins, que mon opération convaincra dans la suite ceux de mes collègues qu'elle n'a pas encore convaincus.

M. Quénu. — En rejetant le terme de définitif, sous lequel M. Richelot nous a présenté son mode d'opérer les gros fibrômes utérins, je n'ai fait aucune critique du procédé. Néanmoins, je déclare, s'il s'en tient à une question de mots, que le mot choisi par lui ne me paraît pas très heureusement choisi.

Traitement de l'appendicite.

M. Jalaguier lit un rapport au sujet d'une observation présentée par M. Rigal, médecin militaire à l'hôpital Saint-Martin.

Il s'agissait d'un malade ayant déjà éprouvé, en juin 1893, de vives douleurs abdominales à la suite d'une ingestion d'eau froide. Il commença son service militaire au mois de novembre suivant, lorsque le 18 février 1894 il fut soudain pris de coliques vives et de douleurs spontanées dans la fosse iliaque droite. Deux jours plus tard on l'amena à l'hôpital Saint-Martin. M. Rigal constata un empâtement dans la fosse iliaque droite, le pouls était à 120, la température à 38°. Il y avait des vomissements bilieux ; ni selles ni gaz n'avaient été rendus depuis trois jours. M. Rigal porta tout d'abord le diagnostic d'occlusion intestinale et administra, contrairement à l'opinion généralement admise en pareil cas, des lavements et des purgatifs qui furent sans effet. Mais il n'administra rien de plus et, devant l'aggravation des symptômes, il décida, sur le champ, une intervention sanglante. Une incision fut faite au-dessus de l'arcade crurale en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure droite. On trouva la cavité abdominale congestionnée, des anses d'intestin grêle agglutinées. On souleva le cæcum, on recueillit une cuillerée à bouche d'un liquide sanguinolent et l'on vit à la face postérieure du cæcum une ulcération. L'appendice fut réséqué, un drain mis dans la plaie et celle-ci refermée. Le malade guérit parfaitement. M. Rigal l'a revu depuis et la guérison s'est maintenue parfaite.

On doit, tout d'abord, féliciter M. Rigal d'avoir opéré de bonne heure et de ne pas s'être arrêté plus longtemps qu'il ne l'a fait au diagnostic d'occlusion intestinale avec lequel on confond d'habitude l'appendicite. M. Rigal a noté, de plus, la discordance entre le pouls et la température chez son malade, dès les premiers instants. Je suis heureux, pour ma part, de cette constatation J'ai le premier montré l'importance de cette discordance comme signe certain de la tendance à la généralisation de la péritonite et je vois, une fois de plus, que ce signe est exact. Je m'élèverai de toutes mes forces contre l'emploi de purgatifs dans le cas dont il s'agit. Il est aujourd'hui acquis que l'intestin doit être endormi par les opiacés et non excité par des lavements ou des purgatifs quand on pense à l'occlusion ou à l'appendicite. Les purgatifs de M. Rigal n'ont, il est vrai, produit aucune action, mais ils pouvaient en produire et vous concevez quels accidents fâcheux auraient pu se montrer chez son malade avec l'ulcération cæcale dont il nous a parlé.

J'approuverai enfin l'incision latérale faite par M. Rigal, c'est la meilleure dans le cas. Quant à la résection de l'appendice, je répète qu'il ne faut la faire que si l'appendice se montre. Je regrette que M. Rigal ne nous ait donné aucun détail sur la nature de cet appendice et sur la nature du liquide qu'il a retiré. Par là, son observation est un peu incomplète. Néanmoins, elle est intéressante et je propose de voter des remerciements à M. Rigal et de l'inscrire dans un rang honorable parmi les candidats au titre de membre correspondant national de la Société.

M. Routier. — J'apporterai à la Société quatre cas d'appendicite que j'ai récemment traités et guéris. Chez certains, j'ai dû réséquer l'appendice ; chez d'autres, j'ai trouvé des abcès péricæcaux. Mais je m'étendrai davantage sur ces faits dans une prochaine séance.

M. Monod. — Je demande que cette question du traitement de l'appendicite, récemment mise à point par la Société médicale des Hôpitaux, le soit aussi par la Société de Chirurgie et j'apporterai à la prochaine séance des faits sur ce sujet.

La discussion du traitement de l'appendicite est remise à la prochaine séance.

Tuberculose de la moelle des os et désarticulation de la hanche.

M. Le Dentu. — Il est fréquent, au cours des résections pour tuberculose osseuse, de rencontrer des moelles malades et atteintes gravement par la tuberculose, ou bien ces moelles présentent des suppurations interminables, à la suite de l'intervention, lesquelles sont dues, sinon à l'infection tuberculeuse, du moins à une ostéomyélite aiguë d'autre nature. J'ai fait deux fois cette constatation en opérant des malades pour résection du genou et j'ai trouvé une moelle tellement envahie dans toute la longueur du canal médullaire, que j'ai fait, sans plus tarder, la désarticulation de la hanche et mes deux malades ont parfaitement guéri.

Ces deux désarticulations de la hanche, pour tuberculose médullaire, jointes à trois désarticulations faites pour ostéo-sarcôme du fémur, me permettent de donner quelques détails de technique opératoire à ce sujet. J'insisterai sur deux points : la ligature préalable de la fémorale me paraît nécessaire; quant au genre de lambeaux adoptés je dirai que j'ai fait trois fois l'amputation en raquette et deux fois l'amputation à deux lambeaux.

Tous mes opérés pour ostéo-sarcôme sont morts de shock opératoire, sauf un qui est mort six mois après l'opération. Les conditions locales avaient été des plus défavorables.

M. Quénu. — Je ne retiens de la communication de M. Le Dentu que le fait de la tuberculose de la moelle osseuse deux fois constaté par lui, et qui l'a conduit deux fois à désarticuler la hanche.

Faut-il, de là, conclure, comme il le fait tacitement, que nous devons désormais abandonner les résections pour les désarticulations, quand nous avons à traiter des tuberculoses osseuses ? Je ne le crois pas. J'ai cité des cas où j'ai cureté le canal médullaire des os comme on curette l'utérus, ne laissant même parfois qu'une simple lamelle de tissu compact et mes malades ont parfaitement guéri sans aucune trace de fistule ni de nécrose osseuse. L'ablation de la moelle par curettage n'entraîne donc pas la né-

crose osseuse et je crois qu'il convient de s'en tenir à la résection et au curettage, puisqu'ils donnent de bons résultats, sans aller à la recherche d'une thérapentique autrement grave pour les fonctions du malade.

M. Lucas-Championnière. — Je souscris aux objections de M. Quénu et je trouve mauvaises les conclusions thérapeutiques de M. Le Dentu. Comme M. Quénu, j'ai souvent vidé la moelle de l'os sans voir de nécrose osseuse et mes malades ont très bien guéri. Avec la méthode antiseptique cette conduite a donc un double avantage et je condamne la désarticulation au profit de la résection.

M. Le Dentu. — Mon opinion se modifiera peut-être devant les objections de mes collègues. Mais je maintiens que j'ai cru devoir désarticuler la hanche chez mes deux malades, parce qu'ils présentaient des phénomènes d'ostéomyélite infectieuse non tuberculeuse et dont le traitement par curettage me paraissait insuffisant.

M. Polaillon présente à la Société un mémoire de M. Sourdille, interne des hôpitaux, sur un cas de luxation pubienne de la hanche droite.

M. Périer présente un nouvel adhésif « l'adhésol », dont la formule est due à son interne en pharmacie et qui présente plus d'avantages que le stérésol et surtout que le collodion.

M. Picqué dépose sur les bureaux de la Société une observation de M. Rollet (de Lyon) sur le frémissement hydatique dans les kystes hydatiques du foie.

M. Tuffier présente un petit calcul du rein diagnostiqué par lui et pour lequel il fut obligé d'ouvrir le rein par le bord convexe démontrant que c'est là la conduite à tenir en pareil cas.

M. Routier présente trois fœtus extraits par lui pour des grossesses extra-utérines. J. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 25 juin.

Diagnostic et prophylaxie de la diphtérie.

M. Cadet de Gassicourt. — M. Dieulafoy a montré, dans une de nos précédentes séances, que la clinique ne peut toujours reconnaitre une angine herpétique d'une angine diphtérique. C'est un fait incontestable. Le contrôle bactériologique s'impose donc. Il est d'autant plus important à faire aujourd'hui que l'on emploie la sérothérapie pour traiter la diphtérie. Le sérum de Behring, en effet, guérit le malade, mais ne tue pas le bacille. Aussi celui-là est-il plus tôt rendu à la circulation, et par conséquent il reste contagieux après sa maladie. L'isolement est le seul moyen de conjurer ce danger.

Quant à l'examen bactériologique, il est d'application pratique difficile. Il faudrait en effet des laboratoires spéciaux, comme il en existe à l'étranger pour que cet examen puisse se faire.

Aussi je propose à l'Académie d'émettre le vœu suivant :

L'Académie, convaincue que le seul moyen d'assurer le diagnostic et d'enrayer la propagation de la diphtérie est de s'éclairer de toutes les lumières de la science moderne, émet le vœu que des laboratoires d'examens bactériologiques dirigés par des savants spéciaux soient ouverts dans le plus bref délai et que tous les médecins en soient avisés par la plus large publicité.

Prophylaxie de l'alcoolisme.

M. Lagneau. — M. Lancereaux a accusé l'alcoolisme d'aider à produire les cas de plus en plus fréquents de tuberculose que nous constatons. Exception faite pour les femmes et les jeunes filles qui meurent phtisiques sans avoir jamais été alcooliques, cette opinion est peut-être vraie en ce qui concerne l'homme.

M. Lancereaux demande qu'on restreigne le nombre de débits de boissons, qu'on interdise les boissons alcooliques impures avec essences nuisibles. Mais, en attendant qu'on prenne cette mesure, demandons que dans les écoles on fasse un cours élémentaire d'hygiène montrant aux enfants les conséquences physiques et intellectuelles de l'abus des boissons.

M. Rochard propose à l'Académie de substituer au deuxième vœu de la proposition, déposée récemment par M. Laborde, la rédaction suivante :

1° Rétablir l'autorisation préalable pour l'ouverture des cabarets avec les garanties qu'exigeait le décret du 29 décembre 1850, et prononcer leur fermeture définitive après deux condamnations encourues pour une contravention à la loi sur l'ivresse ;

2° Elever les droits sur l'alcool et réprimer la fraude avec sévérité.

Laryngotomie sans trachéotomie.

M. Périer présente deux malades auxquelles il a enlevé des tumeurs papillomateuses du larynx par la laryngotomie non précédée ou suivie de trachéotomie.

Les suites de l'intervention chirurgicale furent très simples. Les suites thérapeutiques furent différentes. Chez l'une des deux malades le papillôme a réapparu, bien que tous les points suspects de la muqueuse aient été brûlés au galvanocautère. On traite actuellement ce nouveau papillôme par la voie endolaryngée ; mais peut-être sera-t-on obligé d'intervenir une seconde fois. Chez l'autre malade, il n'y a pas eu de récidive ; mais la muqueuse du larynx, décollée en un point et n'ayant pas été prise dans la suture, flottait, donnant l'illusion d'une tumeur.

L'orateur présente de plus une fillette opérée deux fois pour des papillômes du larynx il y a deux ans. On avait été forcé de la trachéotomiser. Aujourd'hui elle est guérie, parle et chante parfaitement.

M. Bordas lit une note sur le pouvoir antiseptique du permanganate de chaux, au nom de M. Girard et au sien. J. P.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 17 juin.

Sérothérapie dans le cancer.

M. Gibier. — J'ai fait à deux malades atteints de cancer des injections de sérum d'un animal à qui j'avais inoculé le jus d'une tumeur cancéreuse. Après une dizaine d'injections, les deux tumeurs ont diminué de volume et se sont ramollies. Malgré le changement tout à fait notable produit dans leurs tumeurs, je ne crois pas que l'amélioration sera continue et que les malades guériront. Néanmoins un nombre limité d'injections m'a donné des résultats tels que j'ai cru devoir les signaler.

Action de la lumière directe sur l'iris.

M. Charles Henry. — J'ai cherché à savoir si l'iris de l'homme est sensible à une action directe de la lumière. J'ai vu que la pupille se dilate presque toujours quand on soustrait à la lumière une portion de l'iris. Les iris foncés se dilatent plus que les iris clairs.

Ces faits expliquent la photophobie qu'on constate dans l'iritis sans altération de la rétine.

Influence des courants continus sur la chaleur rayonnée par la peau.

M. Lecercle. — J'ai cherché si un thermomètre, placé à une certaine distance de la peau traversée par un courant et recevant la chaleur rayonnée par elle, reste stationnaire. Cette chaleur rayonnée subit une légère diminution pour une intensité de 10 mil-

liampères et augmente pour des intensités dépassant 20 milliampères. De plus, la température cutanée ne subit pas de modifications sous l'influence des courants. J. P.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 21 juin.

Thyroïdite aiguë terminée par résolution.

M. L. Galliard. — Une femme âgée de 40 ans, très nerveuse, maigre et chétive, n'ayant jamais eu de goître, ayant souffert de la grippe dans la première semaine de mars 1895, s'expose au froid pendant la période menstruelle. Le 20 mars, elle éprouve une vive douleur à la région cervicale à droite et se plaint de gêne de la déglutition ; fièvre et tuméfaction à la base du cou. Le 23 mars elle entre dans mon service : 38° 8. Au niveau du lobe droit du corps thyroïde, tumeur grosse comme un œuf de poule, rougeur, douleur ; à gauche gonflement moins accentué. Onctions belladonées, antipyrine, purgation.

Le 24 mars, 38° 7 et 39° 3. Pouls 128.

Le 25, 38° 5 et 39° 5. Pouls 110.

Le 26, 38° 5 et 38° 7. Pouls 96. Amélioration ; moins de douleur et de dysphagie.

Le 27, 37° 5 et 38° 1. Pouls 110. Le lobe droit du corps thyroïde ne paraît plus avoir que le volume d'un marron.

Le 29, guérison complète, aucune trace de gonflement thyroïdien. Dans la suite, je constate à plusieurs reprises de la tachycardie (128 à 140) et des palpitations, mais pas de tuméfaction thyroïdienne.

Eczéma généralisé mortel chez un enfant de six mois.

M. Le Gendre rapporte l'observation d'un enfant chez lequel un eczéma séborrhéique, accompagné d'une diarrhée incoercible, a présenté d'intéressantes particularités dans son évolution.

Né de parents nerveux et arthritiques, cet enfant resta bien portant jusqu'à l'âge de quatre mois. A ce moment apparut sur la face un eczéma séborrhéique qui alla en augmentant malgré un traitement prudemment conduit. La nourrice de cet enfant avait un lait abondant, mais, en raison de la persistance d'une acné rosée, elle fut soupçonnée et convaincue d'alcoolisme. On changea de nourrice, l'enfant parut aller mieux pendant quelques jours, mais très rapidement l'eczéma revint et se généralisa. En même temps apparut une diarrhée que le traitement ne put modifier et l'enfant se mit à maigrir.

M. Besnier, se rappelant que la première nourrice était alcoolique, pensa que les troubles étaient peut-être dus à la privation brusque d'alcool, et conseilla tous les jours quelques cuillerées à café de grog. Mais tout persista et l'amaigrissement alla en s'accentuant. Tous les moyens employés et même les injections de sérum artificiel échouèrent. La diarrhée elle-même ne put être arrêtée, malgré l'emploi de laits divers. Tous les jours, l'enfant avait 5 à 6 selles liquides.

Les choses duraient ainsi depuis cinq mois sans fièvre, quand l'enfant fut pris brusquement d'une température de 38° 5 qui alla graduellement jusqu'à 41°. L'enfant tomba dans un état comateux et succomba en 3 jours à une infection suraiguë sans lésions.

Les deux dernières nourrices eurent, malgré les soins les plus attentifs, des poussées de lymphangite du sein ; l'une d'elles eut même un abcès du sein quelques jours après avoir cessé d'allaiter l'enfant. Le petit malade eut lui-même une stomatite aphteuse et au moment de l'apparition des accidents ultimes, on put constater une légère rougeur de la gorge. On peut conclure de ces faits que ce petit malade présentait un état virulent particulier de la salive auquel on doit attribuer les poussées de lymphangite observées chez les nourrices, et qui vraisemblablement a été aussi la cause de l'infection suraiguë terminale.

H. Méry.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 22 juin.

Toxine cancéreuse.

M. Boinet. — Un chien cancéreux succombe en quelques minutes après une injection intraveineuse de 30 centimètres cubes de suc cancéreux provenant d'un cancer encéphaloïde d'une femme opérée peu auparavant.

Un chien sain supporte 45 centimètres cubes du même suc, et est en excellente santé quinze jours plus tard.

On voit le peu de résistance des organismes atteints de cancer aux injections intraveineuses de suc cancéreux.

L'extrait alcoolique du suc cancéreux employé dans ces expériences, évaporé à 37°, contenait des toxines donnant toutes les réactions caractéristiques des ptomaïnes.

Acromégalie et diabète sucré.

M. Marinesco présente une malade épileptique qui, six mois après une chute d'un deuxième étage, remarqua que ses pieds et ses mains augmentaient de volume, alors que sa face et sa poitrine se développaient aussi outre mesure. Trois ans plus tard, elle eut de la polyurie.

Aujourd'hui, elle présente le type classique de l'acromégalique, avec hémianopsie bitemporale, et diabète sucré se traduisant par 48 grammes de sucre par litre.

Il est difficile de dire le rôle du traumatisme dans cette acromégalie et peut-être dans ce diabète. L'origine hypophysaire de l'acromégalie, soutenue par MM. Marie et Marinesco, paraît jusqu'à présent la plus probable.

Rôle des capsules surrénales.

M. Abelous. — J'ai constaté expérimentalement l'action antitoxique des capsules surrénales. L'atropine chez une grenouille décapsulée a produit des désordres graves, alors que la même dose n'a produit aucun effet chez une grenouille dont on n'avait enlevé les capsules qu'en partie. Les capsules surrénales, comme le foie, semblent donc capables de diminuer la toxicité de certains alcaloïdes.

Tubercule de l'aorte.

M. Hanot cite un malade atteint de granulie, à l'autopsie duquel il a vu un tubercule du volume d'un grain de millet sur l'aorte thoracique. C'est la première fois qu'on voit des granulations tuberculeuses dans un gros vaisseau.

De l'indol dans les tumeurs cancéreuses.

M. Nepveu envoie une note où il dit avoir vu l'indican et donc l'indol dans une macération alcoolique de cancer. Il traite celle-ci par le nitroprussiate de soude à 5 0/0, additionné de quelques gouttes d'une solution de soude caustique à 30 0/0 et il ajoute quelques gouttes d'acide acétique et d'acide sulfurique.

J. P.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance du 11 juin. — Présidence de M. Richelot.

M. Labusquière désire rectifier l'interprétation, faite par M. Pichevin, des cas de mort cités par Olshausen. Il ne s'agit pas d'un cas de perforation utérine, mais bien d'accident de nature septique. M. Labusquière n'a pas cité ces faits comme objection à la thérapeutique intra-utérine envisagée d'une façon générale, mais il croit qu'on peut les opposer aux succès très rares, très incertains avec cette méthode dans les affections suppurées des annexes. Personnellement, il a eu recours à la dilatation extem-

poranée (dilatateurs métalliques) ou progressive (laminaires aseptiques, gaze iodoformée), et an curettage suivi de lavages antiseptiques dans plusieurs cas d'accidents post-partum ou post-abortifs et, surtout dans les derniers, avec de très hons résultats. Il a également fait le curettage, toujours suivi de l'application de substances caustiques, dans des cas d'endométrite, de métrite, — et, le plus souvent, les suites de l'intervention ont été heureuses,

Périartérite probablement syphilitique chez le fœtus. Lésions cardiaques consécutives. Dissociation des vaisseaux funiculaires par fonte de la gélatine de Warton. Placenta marginal.

MM. Bar et **Tissier.** — L'enfant, qui pesait 3,400 gr., naquit en état de mort apparente. Ranimé, il ne respira que quelques instants et succomba. Le cordon ne mesure que 60 centimètres. Près de son insertion placentaire, sur un parcours de 7 à 8 centimètres, son revêtement amniotique est complet, mais, un peu plus loin, l'amnios semble avoir éclaté, le tissu de la gélatine de Warton fait hernie. Pendant quelques centimètres, le cordon reprend son aspect normal, puis il se désagrège complètement et les vaisseaux funiculaires forment trois cordons isolés les uns des autres. En sectionnant le cordon, dans sa partie non altérée et au niveau des artères dissociées, on a été frappé de la résistance de son tissu qui criait sous le couteau. Le cordon, qui contenait la veine, notamment, était formé d'un tissu crétacé. Autour des trois vaisseaux on voyait une gangue très épaisse. Au microscope, les vaisseaux du placenta sont le siège d'une énorme ectasie.

L'autopsie de l'enfant a montré un thrombus situé autour de la veine ombilicale et allant jusqu'au foie, dans lequel il semble pénétrer; au-dessus du foie, le sang monte jusqu'au diaphragme et dissèque dans leur partie antérieure le ligament falciforme. Ce thromhus était dû à une rupture de la veine ombilicale quelques millimètres en dedans de l'anneau. Les vaisseaux du foie ont un calibre énorme, ils sont béants et entourés d'une gaine scléreuse. Le cœur était énorme et remplissait presque la cavité thoracique: le muscle cardiaque était hypertrophié, les cavités droites et l'oreillette gauche fortement distendues. Il y avait insuffisance de la valvule tricuspide, ouverture large du trou de Botal, dilatation de la veine cave inférieure, de l'artère pulmonaire, de l'aorte, du canal artériel.

Au microscope, les veines centrales des lobules hépatiques sont énormes, les cellules hépatiques sont aplaties et séparées les unes des autres par des canalicules sanguins très extasiés. Dans les espaces intra-lohulaires gros vaisseaux veineux plongés dans une gaine de tissu fibreux fort épaisse; les parois des veines et des artères sont hypertrophiées Dans le rein, les vaisseaux sanguins sont aussi entourés d'une gaine de tissu fibreux. Mêmes lésions dans la rate. Ces lésions sont semblables à celles qu'on trouve chez les fœtus syphilitiques, et dans le rein on pouvait voir de véritables gommes. La mère ne présentait pas de lésions spécifiques lors de son accouchement, mais elle aurait eu des accidents au début de sa grossesse.

En terminant, M. Bar insiste sur le placenta qui était marginé; il pense qu'ici la genèse des infarctus blancs qu'on trouve en ceinture autour du placenta peut s'expliquer par ce fait que dans les premiers temps de la vie intra-utérine, le champ d'insertion du chorion placentaire s'est trouvé rétréci par une affection choriale, telle que de la périartérite.

Sur un cas de dissociation des vaisseaux du cordon par fonte de la gélatine de Warton.

MM. Macé et **Durante.** — L'enfant est né vivant et est encore bien portant.

Le chorion funiculaire était déchiré et les artères se montraient par place à nu; elles étaient dures comme des lombrics. Au microscope, on trouve de l'endo et de la périphlébite intense et ferme tout le long du cordon, peut-être plus forte du côté du fœtus.

Les artères sont à peu près saines.

La substance gélatineuse présente des amas de cellules rondes surtout à la périphérie.

Par places, soit dans la substance gélatineuse, soit dans la tunique externe de la veine, petits amas de cellules rondes qui sont des gommes.

En résumé, endopériphlébite jeune, probablement de nature syphilitique.

Pathologie utérine et maladie de Basedow.

M. Doléris. — A propos de la communication de M. Jouin, à la dernière séance, M. Doléris est surpris du nombre de cas que cet auteur a rencontrés. Il croit que la thérapeutique utérine ne peut guérir que les femmes ayant de la tachycardie, simulant la maladie de Basedow, mais que chez celles ayant véritablement un goître exophtalmique, il serait imprudent de promettre de les guérir de leur goître par une intervention dirigée contre leur affection utérine.

M. Jouin. — Dans ces cas douteux, j'ai fait contrôler mon diagnostic par M. le professeur Potain, qui l'a toujours confirmé. Je suis convaincu que maintenant l'attention est attirée sur ce point, on trouvera souvent chez les utérines des cas de goître exophtalmique.

Thérapeutique intra-utérine.

M. Bonnet. — Dans le traitement de la cervicite, chez les nullipares, et chez les multipares dont le col a conservé un volume à peu près normal, l'auteur pratique l'évidement du col au moyen d'une curette à boucle très tranchante. Au moyen de cet instrument, on abrase de haut en bas, non seulement la muqueuse, mais des copeaux du tissu musculaire sous-jacent. On est sûr ainsi d'enlever ou d'ouvrir toutes les glandes et de rendre leurs culs-de-sac accessibles aux pansements consécutifs. Chez les multipares, lorsque le col est déchiré bi-latéralement il a recours à l'opération de Schroeder. Quant aux inflammations annexielles, leur traitement indirect ne leur paraît pas répondre à tous les besoins; cependant, en raison de son innocuité et des avantages qu'on peut en retirer, même en cas de nécessité ultérieure d'un traitement radical, on doit le proposer aux malades, si on a sur elles autant d'autorité pour le leur faire accepter avec les inconvénients de sa durée et l'éventualité d'un succès incomplet ou même d'un insuccès possible.

M. Ch. Fournel. — La dilatation de l'utérus, appliquée aux lésions pelvi-annexielles suppurées, n'est pas une méthode conservatrice comme elle le prétend; c'est un procédé destructeur, responsable des mutilations et d'une grosse mortalité. En effet : 1° elle sphacèle et mortifie les ovaires par macération prolongée dans le pus non-évacué, d'où stérilité; 2° elle rend indispensable la castration totale, parce que le pus gagnant en profondeur est devenu inaccessible à l'incision; 3° elle porte au maximum le danger de cette castration en faisant pratiquer une opération plus difficile (multiplication des adhérences) sur une malade moins résistante (auto-intoxication prolongée); 4° la dilatation tue encore par mort brusque en rompant une collection de pus dans le péritoine.

LES LIVRES

I. — **Chirurgie de maître Henri de Mondeville,** chirurgien de Philippe-le-Bel, roi de France, composée de 1306 à 1320: traduction française avec des notes, une introduction et une biographie, publiée, sous les auspices du ministère de l'instruction publique, par E. NICAISE, membre de l'Académie de Méde-

cine, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Laennec, etc., avec la collaboration du Dr Saint-Lager et F. de Chavannes. Grand in-8°, LXXXIII, 903 pages avec planches et figures.

II. — **Chirurgie de Pierre Franco**, de Turriers (en Provence), composée en 1561, nouvelle édition avec une introduction historique, une biographie et l'histoire du Collège de chirurgie, par le même. Grand in-8°, CLXIV, 382 pages, avec figures. Félix Alcan, éditeur.

I. — Lorsque j'ai rendu compte, dans la *Gazette Médicale*, en 1892, de la belle édition de Guy de Chauliac, j'ai affirmé que notre savant confrère, M. le docteur Nicaise, ne s'en tiendrait pas là. Une fois entré dans l'histoire, il est difficile d'en sortir, et, en particulier, l'histoire de la médecine peut retenir les érudits. En effet, son origine est obscure partout, et en France, non seulement l'organisation première de nos écoles de médecine et de chirurgie nous est à peu près inconnue, mais l'on sait fort peu de chose de la médecine du moyen-âge. M. Nicaise nous revient donc — qu'il soit le bienvenu ! — avec la chirurgie de Henri de Mondeville, et j'ai à peine terminé la lecture de ce beau volume, que je trouve sur mon bureau la Chirurgie de Pierre Franco.

Henri de Mondeville est le plus ancien auteur français qui ait écrit un traité de chirurgie. Il est né sans doute vers 1260 et mourut vers 1320. C'est en 1306 qu'il aurait commencé à composer sa *Chirurgie* et à la faire connaître par ses leçons. Cette date, mise en regard de la valeur de l'œuvre, amène aussitôt la réflexion suivante : les chirurgiens de marque sont rares aux XIIIe et XIVe siècles. Le plus ancien, Pitard, chirurgien de Saint-Louis, né en 1228, mort en 1315, n'a rien écrit. Théodoric, mort en 1298, a laissé, d'après Mondeville, une grande Chirurgie, mais Théodoric est italien. Guillaume de Saliceti, également italien, a terminé sa *Chirurgia magna* en 1275. Vient enfin Lanfranc, mais italien aussi, qui a écrit sa grande Chirurgie après 1295. Or, l'ouvrage de Mondeville est plus complet que ceux de ses prédécesseurs italiens, et il témoigne et de cours réguliers et de leçons d'anatomie et de chirurgie, faites d'ailleurs sans rétribution dans les écoles de Paris. Lui-même parle des étudiants en médecine qui suivaient ses cours. Il existait donc déjà, en ce temps-là, une organisation médicale, dont les détails nous sont encore imparfaitement connus.

C'est fort justement, par une ébauche de cette organisation, que M. Nicaise débute et les quelques pages, qu'il consacre à la *Chirurgie à Paris au XIVe siècle*, nous font espérer la venue prochaine d'une histoire complète de cette organisation, au moins en ce qui concerne la chirurgie. Suivent des réflexions intéressantes sur le traitement des plaies d'après Théodoric et Mondeville, auteurs d'une méthode de traitement « basée sur cette doctrine que l'air, élément froid et suppuratif, est la cause de la suppuration ». Ce n'est point encore l'antisepsie, mais c'est l'application d'un pansement pour protéger la plaie contre le milieu ambiant.

M. Nicaise donne ensuite la biographie de Henri de Mondeville. Elle est courte, cependant fort intéressante: Mondeville, praticien des plus occupés, indépendant, travaillant pour vivre, professeur de grande réputation, chirurgien du roi et des armées, passionné pour l'art de chirurgie, était très érudit, ainsi que les nombreuses citations qu'il donne des médecins qui l'ont précédé en témoignent. Suivent l'analyse de sa Chirurgie, la bibliographie de son œuvre, c'est-à-dire la description des manuscrits qui portent son nom : analyse et bibliographie, dues à la sagacité de M. Nicaise, ne laissent rien à désirer. Notre savant commentateur a placé à la suite des pièces justificatives que je l'engage vivement à compléter, et à donner avec une histoire complète du Collège de Chirurgie, histoire qu'il lui sera bien facile de mettre au point. Vient enfin la Chirurgie même du remarquable chirurgien du XIVe siècle, première traduction française d'un ouvrage dont notre savant Littré souhaitait la venue. Puis, un antidotaire, avec des additions dues au docteur Saint-Lager, et des planches d'instruments, terminent ce beau et remarquable volume.

II. — Notre savant confrère, M. Nicaise, pouvait s'en tenir là. Le XVe siècle ne lui offrait pas de chirurgien à sortir de l'oubli, mais Franco, qui est du XVIe, le tente et voici un nouvel ouvrage composé avec la même ordonnance que Guy de Chauliac et Henri de Mondeville. Le regretté professeur Verneuil, que nous avons perdu ces jours-ci, avait eu l'intention de publier la *Chirurgie* de Franco. Ne pouvant donner suite à son désir, il en fit part à M. Nicaise. Fort heureusement, celui-ci put achever son œuvre peu de temps avant le décès de l'excellent maître auquel il l'a dédié. Le maître a dû parcourir avec intérêt le nouveau travail de son élève.

Fidèle à sa méthode, le sagace commentateur débute par des notes sur l'histoire générale et sur la littérature chirurgicale des XVe et XVIe siècles. C'est surtout la bibliographie qui me captive! Que de détails intéressants dans cette analyse des ouvrages dus aux prédécesseurs de Franco. Diagnostic, procédés opératoires, traitements; tout se trouve indiqué là, sommairement sans doute, mais sans rien oublier, et pour peu que l'on sache retenir ce que l'on vient de lire, il est facile de se rédiger pour soi-même, et certainement pour les autres, une histoire scientifique de la chirurgie pendant ces deux siècles, au moins jusqu'à Franco. Le chapitre intitulé : *Enseignement et pratique de la Chirurgie*, le suivant sur la chirurgie au XVIe siècle, avec pièces justificatives insérées tant dans ce volume que dans ceux consacrés à Guy de Chauliac et à Henri de Mondeville, l'histoire abrégée du Collège de chirurgie, nous incitent de nouveau à demander à M. Nicaise une histoire complète de ce Collège. C'est pour lui besogne aisée ; ce sera pour nous un régal.

La biographie de Franco, comme celle de ses prédécesseurs, est fort courte, faute de documents. Il était chirurgien honnête, très religieux, plein de respect pour ses malades, fort modeste, chercheur infatigable. Il y a peu de praticiens qui aient doté la chirurgie de plus de découvertes, écrit avec raison M. Nicaise. Les opérations sur la hernie, sur la pierre dans la vessie, sur la cataracte, sont ses titres de gloire. Après la biographie de Franco, l'histoire abrégée du Collège de chirurgie dont je viens de parler et des pièces justificatives, suit « le *Traité des hernies* et autres excellentes parties de la chirurgie, assavoir de la *pierre*, des *cataractes* des *yeux* et autres maladies... » Il faut lire le tout, sans oublier la préface au lecteur, l'exhortation de l'auteur et la dédicace à « tres-savant et expert Monsieur Maistre Jaques Roy, lyonnois, chirurgien du Roy ». Ce sont, comme le dit justement M. Nicaise, des pièces intéressantes pour l'histoire des mœurs chirurgicales de l'époque. Et quand on aura refermé le livre, on m'accordera, je l'espère, que les trois volumes dus à notre savant confrère M. Nicaise, ont leur place marquée, aussi bien dans nos grandes bibliothèques universitaires, que dans celles des chirurgiens soucieux de l'histoire de leur art, ou amis de la bonne et saine érudition. De nos jours, je vois bien que nous comptons un historiographe de la chirurgie ; je voudrais que l'exemple de M. Nicaise en fît surgir un pour la médecine et qu'il fût aussi sagace que notre érudit confrère.

Dr A. Dureau.

ACTES DE LA FACULTÉ

DU 1er AU 6 JUILLET 1895

EXAMENS

Lundi 1er juillet, à 9 heures. — 1er (1re série) : MM. Baillon, Fauconnier, Weiss. — 1er (2e série) : MM. Lutz, Blanchard, André.

A 1 heure. — 1er : MM. Hanriot, Guebbard, Blanchard. — 2e Oral (1re partie) : MM. Marchand, Retterer, Poirier. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Tillaux, Ricard, Lejars. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Terrier, Delbet, Tuffier — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu : MM. Fournier, Déjerine, Gaucher. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Reclus, Varnier.

Mardi 2 juillet, à 9 heures. — 1er (1re série) : MM. Gautier, Guebhard, Heim. — 1er (2e série) : MM. Baillon, Hanriot, Weiss. — 1er (3e série) : MM. Lutz, Blanchard, Fauconnier.

A 1 heure. — 1er : MM. Blanchard, Guebhard, Fauconnier. — 2e Oral (1re partie) : MM. Panas, Remy, Schwartz. — 3e Oral (1re partie) : MM. Duplay, Polaillon, Bouilly. — 3e (2e partie) : MM. Dieulafoy, Hallopeau, Charrin. — 4e : MM. Proust, Raymond, Ballet. — 5e (1re partie), Chirurgie Charité (1re série) : MM. Guyon, Humbert, Brun. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité (2e série) : MM. Le Dentu, Berger, Albarran. — 5e (2e partie), Charité : MM. Cornil, Letulle, Ménétrier. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique d'Accouchements, rue d'Assas : MM. Tarnier, Maygrier, Bar.

Mercredi 3 juillet, à 9 heures. — 1er (1re série) : MM. Pouchet, Guebhard, Heim. — 1er (2e série) : MM. Baillon, Hanriot, Fauconnier. — 1er (3e série) : MM. Lutz, Blanchard, Weiss

A 1 heure. — 1er : MM. Blanchard, Guebhart, Fauconnier. — 2e Oral (1re partie, 1re série) : MM. Reclus, Brissaud, Poirier. — 2e Oral (1re partie, 2e série) : MM. Cornil, Sebileau, Retterer. — 3e Oral (1re partie) : MM. Marchand, Mosny, Tuffier. — 3e (2e partie) : MM. Joffroy, Déjerine, Netter.

Jeudi 4 juillet, à 9 heures. — 1er (1re série) : MM. Gautier, Blanchard, Weiss. — 1er (2e série) : MM. Baillon, Lutz, Guebhard. — 1er (3e série) : MM. Hanriot, Fauconnier, Heim.

A 1 heure. — 2e Oral (1re partie) : MM. Polaillon, Poirier, Roger. — 2e Oral (1re série) : MM. Raymond, Remy, Chantemesse. — 2e Oral (2e partie, 2e série) : MM. Joffroy, Hallopeau, Ballet. — 3e Oral (1re partie) : MM. Guyon, Bouilly, Albarran.

Vendredi 5 juillet, à 9 heures. — 1er (1re série) : MM. Baillon, Lutz, Weiss — 1er (2e série) : MM. Hanriot, Guebbard, Heim. — 1er (3e série) : MM. Gariel, Blanchard, André.

A 1 heure. — 1er (1re série) : MM. Gautier, Blanchard, Guebbard. — 1er (2e série) : MM. Gariel, Fauconnier, Heim. — 2e Oral (1re partie, 1re série) : MM. Tillaux, Retterer, Sebileau. — 2e Oral (1re partie, 2e série) : MM. Delbet, Jalaguier, Poirier. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité : MM. Reclus, Tuffier, Lejars. — 5e (2e partie), Charité (1re série) : MM. Potain, Landouzy, Brissaud. — 5e (2e partie), Charité (2e série) : MM. Hayem, Straus, Netter. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Marchand, Varnier.

Samedi 6 juillet, à 9 heures. — 1er (1re série) : MM. Gariel, Blancbard, André. — 1er (2e série) : MM. Baillon, Hanriot, Fauconnier. — 1er (3e série) : MM. Lutz, Guebhard, Heim.

A 1 heure. — 1er : MM. Guebhard, André, Heim. — 2e Oral (1re partie) : MM. Quénu, Remy, Poirier. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu : MM. Panas, Brun, Nélaton. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Laboulbène, Roger, Letulle. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Joffroy, Hallopeau, Gilbert. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité : MM. Humbert, Roger, Schwartz. — 5e (2e partie), Charité : MM. Raymond, Chantemesse, Marie. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique d'Accouchements, rue d'Assas : MM. Tarnier, Maygrier, Bar.

SAGES-FEMMES

Mercredi 3 juillet, à 1 heure. — 1er (1re classe), Nouveau régime (1re série) : MM. Landouzy, Pinard, Lejars. — 1er (1re classe), Nouveau régime (2e série) : MM. Fournier, Delbet, Varnier.

THÈSES

Mercredi 3 juillet, à 1 heure. — *M. Moreigne* : Etude sur le dosage de quelques éléments importants de l'urine (MM. Gautier, Straus, Gley, Gaucher). — *M. Colonna d'Istria* : Influence de la grippe sur la tuberculose (MM. Straus, Gantier, Gley, Gaucher). — *M. H. David* : Contribution à l'étude de la polyurie prétuberculeuse (MM. Potain, Gariel, Chauffard, Weiss). — *M. Lacroix* : Traitement des épaississements de la cloison des fosses nasales ; scies et trépans électriques (MM. Gariel, Potain, Chauffard, Weiss.) — *M. de Saint-Gilles* : Contribution à l'étude des pseudarthroses par ostéomalacie (MM. Tillaux, Terrier, Ricard, Jalaguier). — *M. Groll* : Traitement des hernies gangrenées par l'enfouissement et l'invagination (MM. Tillaux, Terrier, Ricard, Jalaguier). — *M. Vigneron* : De l'énucléation des kystes hydatiques du foie (MM. Terrier, Tillaux, Ricard, Jalaguier).

Jeudi 4 juillet, à 1 heure. — *M. Soynos* : Contribution à l'étude des nouveaux traitements des adénites tuberculeuses (MM. Panas, Mathias-Duval, Humbert, Brun). — *M. Stamatiades* : Traitements de certaines tumeurs malignes des fosses nasales par les voies naturelles (MM. Panas, Mathias-Duval, Humbert, Brun) — *M. Litinski* : Essai d'une classification rationnelle des appareils physiologiques de l'organisme (MM. Mathias-Duval, Panas, Humbert, Brun). — *M. Grépin* : Etude sur la puissance hémostatique de l'antipyrine (MM. Tarnier, Berger, Schwartz, Nélaton). — *M. Lavergne* : Contribution à l'étude de la népbrorrhaphie (MM. Berger, Tarnier, Schwartz, Nélaton). — *M. Andérodias* : Contribution au traitement chirurgical des otites chroniques suppurées rebelles par l'ouverture large des cavités de l'oreille moyenne (MM. Berger, Tarnier, Schwartz, Nélaton).

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

FACULTÉS

Concours d'agrégation, anatomie, physiologie.

Questions (suite) : L'appareil électrique des poissons. — Les systèmes porte. — Le corps thyroïde. — Les dérivés branchiaux. — La glande mammaire. — Le neurone d'après les conceptions récentes. — Des modes de communication des vaisseaux sanguins. — L'ectoderme et ses dérivés. — Les commissures dans le système nerveux. — Des bourses dites muqueuses et séreuses. — Cartilages et fibro-cartilages articulaires. — Caractères généraux des ganglions des nerfs cérébro-spinaux. — Développement ossification et évolution de la voûte du crâne.

HOPITAUX DE PARIS

Maternité.

Le Conseil municipal a décidé que la sage-femme en chef sera choisie parmi les doctoresses en médecine et les sages-femmes de 1re classe qui se seront fait inscrire comme candidates à cette fonction.

Une commission, composée de six membres (dont un conseiller municipal) et spécialement nommée à cet effet, proposera cinq candidates parmi lesquelles le directeur de l'Assistance publique choisira trois noms à proposer par lui au choix du préfet.

Concours de médecine.

Sont admis aux épreuves définitives : MM. L. Guinon, Morel-Lavallée, Boulloche, Dalché, Thiroloix, Jeanselme, Barbier, Bruhl, Gallois, Souques.

Concours de chirurgie.

Deuxième épreuve. — MM. Arrou, 18 ; Villemin, 16 ; Rieffel, 17 ; Guillemain, 16 ; Faure, 16 ; Mauclaire, 15 ; Cazin, 16 ; Thiéry, 17 ; Lyot, 14 ; Péraire, 15 ; Sebileau, 19 ; Rehlaud, 12 ; Demars, 13 ; Regnault, 15 ; Morestin, 16 ; Chevalier, 17 ; Clado, 15.

Troisième épreuve. — MM. Arrou, 17 ; Thiéry, 16 ; Sebileau, 20 ; Rieffel, 18 ; Regnault, 17.

NOTES POUR L'INTERNAT

FISSURE ANALE

(*Gerçure de l'anus, ulcère irritable des Anglais.*)

Définition.

On désigne sous ce nom un syndrome clinique caractérisé par une *ulcération* le plus souvent *intra-sphinctérienne*, s'accompagnant de *douleurs intenses* et d'une *contracture du sphincter*.

Pas entité morbide, mais bien syndrome composé de trois éléments : *ulcération, contracture du sphincter, état douloureux spécial.* La contracture douloureuse du sphincter est postérieure à la fissure anale, et ne saurait constituer à elle seule l'affection, comme l'admettait Boyer qui citait des cas « de fissure sans fissure ». Mais les trois termes du syndrome clinique sont susceptibles de variations, c'est-à-dire que l'ulcération n'est pas forcément intrasphinctérienne pour produire la fissure, elle peut être sussphinctérienne par exemple : elle a la forme d'une fissure à cause du spbincter seulement ; enfin les mêmes symp-

66e Année. 9e Série. Tome II — N° 27 — 6 Juillet 1895

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : Dr F. de RANSE — Rédacteur en chef : Dr Pierre SEBILEAU

Secrétaire de la Rédaction : M. Em. EMERY

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 28, rue Vignon

REVUE D'HYGIÈNE

L'Académie de Médecine s'est occupée récemment des intoxications alimentaires. M. Vallin a provoqué le débat en rappelant les intoxications dues à la viande de veau et les dangers des viandes provenant d'animaux atteints de diarrhées septiques et infectieuses. Il demandait que la septico-pyohémie et l'entérite infectieuse soient ajoutées à la liste des maladies réputées contagieuses, établie d'après les lois de 1881 et de 1888; il désirait aussi que notre législation fût modifiée de façon à ne pas permettre la vente de la viande d'animaux sacrifiés au cours de certaines maladies contagieuses. Les membres de la section vétérinaire interpellés par M. Vallin ont répondu, non pas que tout était pour le mieux dans le meilleur des mondes ou des abattoirs, mais, qu'au demeurant, la législation actuelle était suffisante et que, si on voulait l'appliquer, les choses iraient assez bien pour n'offusquer personne, pas même les hygiénistes. Ainsi, les viandes seraient inspectées, les règlements particuliers pour chaque inspection comporteraient certainement les maladies visées par M. Vallin ; enfin, la viande d'animaux sacrifiés, ainsi que le dit l'honorable académicien, quelques beures avant la mort, ne serait pas vendue, car les caractères qu'elle présenterait ne la rendraient pas marchande au même titre que celle des animaux morts non saignés. En outre, ils ont réclamé la suppression des tueries particulières et fait adopter le vœu suivant : « Toute viande destinée à l'alimentation publique ne peut être mise en vente et colportée que pourvue d'une estampille prouvant qu'elle a été reconnue saine par un inspecteur compétent; l'inspection doit être faite partout, dans les villages comme dans les villes; on peut l'organiser aisément et à peu de frais sur les bases analogues à celles qui sont adoptées en Belgique ».

Cette conclusion n'était évidemment pas celle qu'attendait M. Vallin, hygiéniste trop convaincu et trop compétent pour ne pas connaître les tueries particulières et les nécessités de l'inspection. Sa thèse était tout autre, et les vétérinaires ont fait faire un demi-tour à la question. Y gagnera-t-on quelque chose? Cela est douteux. En tout cas, il y a des points intéressants à retenir de la discussion académique. Tout d'abord, de l'aveu de la savante assemblée, la loi Bouley de 1881 sur les épizooties n'est pas une loi d'hygiène; elle est purement agricole ou économique et, si elle peut profiter à la santé publique, ce n'est que subsidiairement.

Cette assertion nous semble discutable et M. Vallin eût pu la contester victorieusement le texte de la loi à la main. L'article 14 dit clairement : « La chair des animaux morts de maladies contagieuses *quelles qu'elles soient.....* ne peut être livrée à la consommation ». Il ne s'agit pas là, en vérité, d'agriculture ou d'élevage, mais bien de boucherie et d'hygiène alimentaire. M. Vallin parlait des maladies contagieuses déterminées, des entérites infectieuses des veaux, il soulevait nettement une question d'hygiène à laquelle pouvaient s'appliquer, d'une part l'article 14, de l'autre l'article 1er, qui, dans la loi de 1881, fixe la nomenclature des maladies réputées contagieuses, nomenclature complétée par la loi de 1888. La question était clairement posée; elle s'impose, il faut l'avouer, à tous ceux qui serrent de près l'hygiène alimentaire; je la trouve formulée en 1893 dans une thèse de Lyon (A. Drouineau. *Essai critique sur les intoxications alimentaires,* page 48).

Il n'y a pas été répondu. Elle reviendra certainement, car la savante réplique de M. Nocard ne saurait donner une entière satisfaction. On n'inscrirait, selon lui, dans la nomenclature prévue par l'article 1er que les maladies contagieuses constituant une menace pour la fortune publique, et, à l'appui de cette assertion, il rappelle que la ladrerie, la tricbinose, la septicémie gangréneuse, etc., ne sont pas inscrites dans la loi. Mais alors, comment faut-il comprendre l'article 15 qui, lui, défend la consommation de la chair des animaux morts de maladies contagieuses, *quelles qu'elles soient.*

Il y a là une contradiction formelle entre les textes et

l'interprétation qui leur est donnée. Au résumé, la vraie question était de savoir si l'entérite infecticuse des veaux était une maladie contagieuse ; on n'a pas dit le contraire ; et, dès lors, si elle est contagieuse, elle ne doit pas être livrée à la consommation (art. 15). Cette déclaration nettement formulée et le rappel des pénalités prévues à l'article 32 pour les contrevenants à l'article 15 auraient peut-être donné une première satisfaction à M. Vallin. On aurait tout au moins répondu à la question posée par lui sur la nature contagieuse de la maladie et, en tout état de cause, cela est important, même nécessaire. Car, s'il est vrai que l'inspection des viandes et la suppression des tueries particulières sont les meilleures des sauvegardes pour l'hygiène alimentaire, il n'est pas moins certain que les vétérinaires, les experts, les autorités administratives doivent être fixés nettement sur les affections réputées contagieuses, et il ne doit pas y avoir, à ce sujet, des assertions vagues, des appréciations variables. Il faut donc, de toute manière, se prononcer sur ce point, et il convient qu'un corps savant, que ce soit le Comité consultatif des épizooties ou l'Académie de Médecine, peu importe, fasse cette déclaration. Dès lors, qu'il y ait ou non une inspection organisée, la loi de 1881 sera toujours une arme dont on pourrait se servir, le cas échéant, pour faire respecter, à l'aide de sanctions pénales, la santé publique et pour réclamer des dédommagements des violateurs de la loi. Il est vraiment fâcheux que le débat ne se soit pas circonscrit sur ce terrain, et il est regrettable qu'on ait laissé dire à la tribune académique que la loi de 1881 n'était qu'une loi de police sanitaire, essentiellement faite pour sauvegarder la fortune publique ; nous pensions qu'elle avait un autre but, qu'elle était faite aussi pour protéger la santé publique, et c'est une faute, nous semble-t-il, de le laisser croire au public. Cela est d'autant plus dangereux que notre situation est particulièrement mauvaise en ce qui touche notre système de tueries et le commerce de viandes foraines. Le but que poursuivent MM. Nocard, Trasbot, Brouardel et bien d'autres avec eux, de supprimer les tueries particulières et d'organiser sur tout le territoire l'inspection des viandes est assurément des plus louables et tous les hygiénistes sont depuis longtemps gagnés à cette cause. Mais, pour atteindre ce but, est-il nécessaire d'affaiblir une loi existante, que connaissent les éleveurs, les bouchers, en un mot les profesionnels ? C'est l'affaiblir que de la restreindre au côté économique, en vue de l'élevage du bétail et de la protection du cheptel français, tandis qu'elle est la sauvegarde légale de la santé publique. L'inspection des viandes, en la supposant bien faite, peut arrêter, sans nul doute, une viande suspecte ou malsaine, mais elle ne peut avoir d'autorité qu'avec la sanction pénale de la loi ; c'est là, croyons-nous, ce qu'il faut bien comprendre, si on veut lutter avec avantage contre l'habileté des bouchers et la mise en circulation de produits bien habillés et donnant l'illusion de viandes irréprochables.

Il nous semble donc que l'Académie, devenue l'arbitre devant lequel plaidaient les hygiénistes avec M. Vallin, les vétérinaires avec M. Nocard, aurait pu prononcer un autre jugement et ne pas donner aux vétérinaires seuls gain de cause. Il faudra faire appel de ce jugement, les hygiénistes ne peuvent pas être condamnés ; ils ont la loi pour eux. Mais ils ont plus encore, le bon sens public, qui veut que l'alimentation, cette chose capitale, soit efficacement protégée ; sans doute la fortune publique ou même celle des éleveurs et des agronomes ne doit pas être traitée sans façon, nous en convenons volontiers ; mais, n'a-t-on pas dit et ressassé à l'agriculture que ses propres intérêts étaient aussi ceux de l'hygiène publique ? L'a-t elle toujours compris ? Non, si l'on en juge par la façon dont on pratique l'hygiène rurale. Aussi la persuasion faisant défaut, nous tenons comme probable que le bon moyen de progresser est d'avoir à sa disposition des lois sanitaires bien faites et efficaces. C'est à ce titre que la loi de 1881 nous paraît bonne, à la condition que son article premier soit revisable et c'est pour cela que nous nous sommes ému de l'atteinte grave qu'on y porte en la diminuant. Enfin, il était nécessaire, pensons-nous, de rectifier ce qui a été dit à la tribune académique, en affirmant, texte en main, que la loi de 1881 est une loi d'hygiène publique et non pas seulement une loi protectrice de la fortune publique.

Dr G. Drouineau.

TUBERCULOSES LOCALES

De l'extirpation des adénites tuberculeuses non suppurées, par M. Ch. Vidal. Th. Paris.

Les adénites tuberculeuses non suppurées sont justiciables d'un traitement tantôt médical, tantôt chirurgical. Mais, tandis que le premier, au dire de M. Vidal, donne des résultats infidèles, le second fournit habituellement de francs succès.

Faite de bonne heure, dit-il, l'extirpation n'est pas dangereuse et peut être complète. Elle n'expose à aucun risque opératoire et, quoiqu'on ait pu dire, ne favorise pas l'auto-inoculation. C'est un traitement de choix qui, à la place d'une cicatrice disgracieuse, laisse la trace facilement dissimulable d'une simple incision, tout en abrégeant la durée du mal.

Du traitement des adénites tuberculeuses du cou, par M. Ch. Berchon. Th. Paris, 1894.

Les adénites scrofuleuses, les écrouelles des anciens, étant d'origine tuberculeuse, exigent un traitement général et local, tant pour arrêter la marche du bacille que pour diminuer les causes d'affaiblissement du malade.

Localement on aura recours de préférence à l'extirpation garantissant mieux contre la dispersion des germes que le curettage des ganglions, opération toujours suspecte.

Si cependant rien ne presse, il sera indiqué d'employer les injections interstitielles soit de naphtol camphré, soit d'éther iodoformé qui souvent ont donné des guérisons définitives.

Des accidents de l'extirpation des ganglions tuberculeux du cou ; angine, par M. Binet. Th. Paris, 1894.

L'extirpation des ganglions tuberculeux du cou est une opération relativement bénigne. Néanmoins, des accidents ont pu être relevés à son actif : les uns bénins, comme la fistule lymphatique, les autres graves comme les blessures vasculaires.

L'auteur appelle l'attention sur l'amygdale et l'angine érythémateuse qu'il a pu observer à la suite de l'ablation des ganglions tuberculeux du cou et qu'il croit être une conséquence de l'opération plutôt qu'une simple coïncidence. S'agirait-il d'une infection larvée ne se manifestant

pas au niveau du foyer opératoire, mais provoquant une réaction aiguë dans le territoire pharyngo-amygdalien voisin ? *Adhuc sub judice lis est !*

Contribution à l'étude de l'adénite tuberculeuse de l'aine, par M. Kéchissoglon. Tb. Paris, 1894.

Les bubons dits scrofuleux ou strumeux de l'aine sont de nature tuberculeuse. Rares dans l'enfance et le jeune âge, ils sont fréquents à l'âge adulte et s'observent chez des personnes avec ou sans antécédents tuberculeux héréditaires ou personnels. La marche lente, chronique, habituellement indolente, est spéciale au bubon tuberculeux.

Ici encore, le traitement de choix est l'extirpation. L'opération est sans trop de dangers si l'on procède avec attention à l'aide du doigt, de la sonde cannelée et des ciseaux courbes, en pinçant les vaisseaux et les brides qui se présentent, sans tirer dessus et les sectionnant après. Cette méthode est indiquée au début de l'affection, lorsque les ganglions commencent à augmenter de volume, gênent au fonctionnement du membre inférieur, menacent de contracter des adhérences avec les parties profondes et de se ramollir.

Dans les cas ultimes, quand on est en présence de paquets ganglionnaires déjà ulcérés et fistuleux, le râclage à la curette de tous les points de la coque épaisse, l'excision au thermo-cautère des parties exubérantes, avec le tamponnement de la plaie et le pansement antiseptique sont les seuls moyens indiqués.

Il n'y a pas de contre-indication à l'intervention chirurgicale ; même les malades atteints de tuberculose viscérale trouveront bénéfice à être délivrés d'un foyer secondaire et de cachexie, qui accompagne d'intarissables suppurations.

Essai sur les résultats de l'intervention chirurgicale (grandes opérations) dans les tuberculoses internes. — Péritoine. — Intestin. — Plèvre. — Poumon. — Larynx. — Système nerveux central, par M. A. Bourigault. Tb. Paris, 1894.

L'intervention de la chirurgie dans les tuberculoses médicales reste toujours limitée.

Les péritonites localisées, la forme généralisée avec ascite, peuvent être améliorées ou guéries par l'opération. L'intervention s'impose en cas d'occlusion intestinale. Les tuberculoses localisées de l'intestin sont uniquement justiciables de la chirurgie

La pleurésie purulente tuberculeuse ne doit être opérée qu'avec la plus grande circonspection. Les moyens médico-chirurgicaux (ponction) paraissent devoir être, en dehors des cas spéciaux, préférables à l'opération sanglante. Le pneumothorax et le pyopneumothorax imposent les plus grandes réserves.

Dans la tuberculose laryngée, en dehors de la trachéotomie palliative, le rôle des chirurgiens est à peu près nul.

Le traitement chirurgical des cavernes et à plus forte raison la pneumectomie n'ont pas fait leurs preuves. On ne peut y songer qu'en présence de lésions nettement localisées dont le diagnostic laisse toujours place au doute.

La tuberculose rénale unilatérale est quelquefois favorablement influencée par le traitement chirurgical. Le pronostic de l'intervention dépend surtout de l'état de l'autre rein, parfois bien difficile à déterminer.

Quant au système nerveux, le nombre des faits publiés est trop restreint pour se faire une opinion. Certaines tumeurs tuberculeuses localisées peuvent et doivent sans doute être abordées chirurgicalement comme des tumeurs quelconques.

En somme, le rôle de la chirurgie est assez restreint dans les tuberculoses médicales.

Traitement chirurgical de la tuberculose laryngée, par M. L. Hélary. Tb. Paris.

Si la tuberculose laryngée ne retire aucun bénéfice du traitement médical, dont l'impuissance est manifeste au dire de M. Hélary, retire-t-elle, du moins, quelques avantages du traitement chirurgical ? Celui-ci améliorerait d'une façon certaine, semble-t-il, les troubles fonctionnels marquants de cette maladie : dysphagie, dyspnée, dysphonie. Et il n'agirait pas seulement comme palliatif, mais, dans des cas rares et bien déterminés, il serait capable de guérir la phtisie laryngée.

Quoi qu'il en soit de telles affirmations, l'auteur rapporte des observations de nature à prouver que le curettage du larynx fait disparaître les troubles de la respiration et permet d'éviter la trachéotomie dans certaines formes de laryngite tuberculeuse ; que l'extirpation des masses infiltrées aryténoïdiennes, en calmant la dysphagie, contribuent au relèvement de l'état général en rendant possible l'alimentation des malades ; que les opérations endo-laryngées ne sont jamais suivies, que dans des cas exceptionnels, d'accidents sérieux. Ces opérations auraient même sur l'évolution ultérieure de la tuberculose pulmonaire une action heureuse, puisqu'elles semblent retarder sa marche.

Contribution à l'étude de la tuberculose locale du cæcum; par MM. Pilliet et Thiéry, In le *Progrès médical*, n° 47, 1894.

Voici les conclusions des auteurs :

La dissémination de la tuberculose locale du cæcum peut se faire par différentes voies qu'il est utile de connaître pour poser les contre-indications opératoires :

1° Par le péritoine. — Elle peut être tardive, localisée et peu grave. La péritonite qui enveloppe la tumeur est en général adhésive et se reconnaît à ce que la tumeur fait corps avec la paroi ;

2° Par l'intestin. — Les lésions sont, dans la plupart des cas, descendantes, le maximum se trouvant au niveau du cæcum, les lésions s'étagent dans le côlon. L'intestin grêle, contrairement à ce qu'on aurait pu penser est rarement pris ;

3° Par les ganglions de l'angle iléo-cæcal. — On observe alors soit une infection des ganglions du mésentère et du mésocôlon, soit une infection des ganglions vertébraux remontant jusqu'au diaphragme. La laparotomie permettant d'explorer l'angle iléo-cæcal renseignera sur ce point ;

4° Sur les ganglions iliaques. — Cette forme de généralisation est habituellement accessible au palper et constitue une contre-indication.

Ch. Amat.

A L'ÉTRANGER

ALLEMAGNE

Traitement chirurgical de la maladie de Basedow.

Briner (*Beitrage. zur. klin. Chir.*, XII) vient de faire un travail où il passe en revue les différents traitements chirurgicaux applicables à la maladie de Basedow. Mais le point le plus intéressant de cette étude est celui où l'auteur examine les observations de huit malades traités à Zurich par l'extirpation du goître. Devant les bons résultats obtenus par la strumectomie, l'auteur n'hésite pas à considérer cette opération comme supérieure à la ligature des artères thyroïdiennes, préconisée surtout par Kocher. Le principal reproche qu'il adresse à la ligature des artères, c'est que celle-ci ne saurait amener à un degré notable la dégression ou l'atrophie des

goitres colloïdes ou kystiques, le goitre n'étant pas toujours purement vasculaire.

Cependant la thyroïdectomie est grave, et l'on ne doit intervenir que dans certaines conditions bien déterminées. Les principales indications qui appellent l'intervention sont l'aggravation des symptômes; l'existence d'une forte dyspnée, par compression de la trachée. Mais, dans la plupart des autres cas, c'est d'abord au traitement médical qu'il faudra s'adresser, et, si on voit le goitre diminuer sous l'influence de ce traitement, toute idée d'intervention chirurgicale sera immédiatement bannie.

Briner se livre également à des aperçus intéressants sur la nature de la maladie de Basedow. On sait combien cette question a été agitée ces derniers temps. Pour l'auteur, la cause essentielle de l'affection est un trouble du système nerveux central. Ce serait dans les noyaux de la moelle allongée qu'il serait tenté de placer le siège de l'altération initiale. De là, sans doute par les vasomoteurs, l'affection retentit sur d'autres organes et particulièrement sur la glande thyroïde. Cette altération de la glande lui ferait fournir des produits de sécrétion anormaux, source de l'intoxication de tout l'organisme.

Telles sont les principales idées que résume Briner dans son travail. Elles sont dignes d'attirer l'attention, surtout en ce qui concerne le point de vue pathogénique de la question.

Du rein mobile.

Güterbock vient de faire, à la Société de médecine de Berlin, une communication sur la néphroptose ou rein mobile, considérée dans ses relations avec le traumatisme. Sa statistique et ses observations portent sur 36 cas. On voit parfois des déchirures de la capsule adipeuse avec hémorrhagies qui refoulent le rein profondément; parfois, ce sont les lésions du rein lui-même qui déterminent l'hémorrhagie. La grande abondance des vaisseaux de la capsule rénale, sur laquelle beaucoup d'auteurs ont insisté, explique qu'il peut y avoir une forte et abondante hémorrhagie sans que pour cela le rein soit lésé.

Le traumatisme, c'est un fait à peu près admis, peut chasser cet organe de sa capsule, et créer ainsi de toutes pièces le rein mobile. Mais, dit l'auteur, en général, le traumatisme ne suffit pas, car le rein dans ce cas est retenu en place par son pédicule. Le vrai déplacement du rein ne peut se faire que si le pédicule rénal devient insuffisant, ce qui arrive sous l'augmentation de volume et de poids du rein. La production de stases sanguines après le traumatisme favorise ces deux augmentations du volume et de poids. De plus, chez la femme, le pédicule rénal peut se relâcher à la suite de grossesses multiples, de la menstruation, de tumeurs de l'utérus.

Différents auteurs soutiennent en effet l'influence du traumatisme sur le rein; mais il ne faut rien voir là d'absolu, et se rappeler qu'il y a des néphroptoses par faiblesse, analogues à l'entéroptose, et se produisant sans l'influence d'aucun traumatisme.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 3 juillet. — Présidence de M. Théophile Anger.

Tuberculose propagée à la moelle osseuse dans les ostéo-arthrites tuberculeuses.

M. Le Dentu. — Pour donner suite à ma communication de la dernière séance (Voir *Gazette médicale* du 29 juin 1895) et en raison du débat qu'elle a soulevé, j'ai approfondi la question des médullites tuberculeuses et de leur traitement.

Je veux néanmoins rester dans l'esprit de ma communication et je rappelle la distinction que j'ai faite entre les lésions non tuberculeuses et les lésions tuberculeuses de la moelle. Cela a de l'importance au point de vue du traitement. Non que je veuille ériger ma manière de faire en règle absolue, mais je répète que, dans les deux cas rapportés par moi, et dans lesquels j'ai cru devoir faire la désarticulation de la hanche, il s'agissait de lésions tuberculeuses spéciales ayant complètement détruit la moelle de la diaphyse fémorale. C'en est au point que, dans mes lectures récentes, je n'ai trouvé aucun fait ressemblant aux miens. On cite bien des cas de moelle graisseuse, de moelle diffluente, mais on ne parle pas de moelle complètement détruite.

Ni les faits de Ollier, Poncet, Raeker, Parrot, ni ceux de Kœnig et de Gangolphe ne sont à rapprocher de ce qu'ai vu. Je signalerai enfin que, d'après tout ce qui a été publié à ce sujet, les altérations tuberculeuses de la moelle comparées aux altérations simples représentent une infime minorité.

Quant au traitement de ces médullites tuberculeuses, sur lequel on m'accuse d'être trop catégorique, je dirai que, pour moi, les lésions tuberculeuses de la moelle ne doivent pas être traitées comme les altérations simples. Pour ces dernières, je crois toutes les opérations parcimonieuses excellentes. Pour les premières, j'admets qu'il faille aussi les tenter, mais je ne puis m'empêcher de penser qu'elles devront être suivies d'une opération radicale à bref délai.

M. Félizet. — Je ne puis parler, en fait de tuberculose de la moelle des os, que de ce que j'ai coutume de voir chez les enfants. Or, j'ai traité de nombreux cas d'ostéo-arthrite du genou sans être jamais obligé de désarticuler la hanche. M. Le Dentu nous dit que les deux cas qu'il a traités étaient spéciaux. Soit, mais les cas dont je parle présentaient parfois des lésions très avancées et très étendues. La résection a néanmoins suffi pour les guérir. Je suis porté à croire, enfin, quoique je n'aie pas une très grande expérience sur ce point, que si l'on guérit les enfants atteints d'ostéo-arthrite tuberculeuse du genou sans faire la désarticulation de la hanche, on doit pouvoir guérir de même les sujets plus âgés.

M. Lucas-Championnière. — Nous avons tous des faits qui se rapprochent par leur gravité de ceux que nous a signalés M. Le Dentu et que nous avons cependant guéris par la résection seule. Je le répète, je ne suis pas partisan de la désarticulation de la hanche. Je crois, d'ailleurs, que M. Le Dentu revient un peu sur son opinion première. J'insiste sur ce point qu'il est important de faire des résections larges et de curetter le canal médullaire de l'os à une grande profondeur. Il est frappant de voir, enfin, combien la morbidité de l'os a été diminuée par l'antisepsie et avec quelle rapidité se réparent les larges débridements et les résections.

M. Delorme. — J'ai pu, chez un malade qui m'avait supplié de conserver son membre supérieur dont le coude était atteint d'arthrite fongueuse, conserver le périoste, évider la totalité de la diaphyse humérale et gratter l'épiphyse supérieure. Contre mon attente, le malade a guéri et il se sert aujourd'hui de son membre supérieur renforcé par un appareil prothétique. Ce cas, me semble-t-il, eût été justiciable de la désarticulation de l'épaule d'après les idées de M. Le Dentu.

M. Le Dentu. — Il serait à souhaiter pour donner un peu plus de clarté à cette question, sur laquelle la chirurgie est loin d'avoir dit son dernier mot, que chacun de nous prît la résolution, le cas échéant, de pratiquer des inoculations de la moelle osseuse malade.

Dix nouveaux cas d'hystérectomie abdominale totale pour fibromes utérins; dix guérisons.

M. Delagénière lit un travail dans lequel il insiste sur le procédé opératoire déjà décrit par lui.

M. Poirier présente un malade atteint d'ostéomyélite chronique du tibia ayant complètement détruit cet os et qu'il a remplacé par le péroné du même côté. Cette substitution a été faite en deux fois.

M. Marchand présente un appendice réséqué par lui. Cet

appendice renfermait une tumeur que l'auteur considérait comme un calcul biliaire en raison de sa dureté. Les phénomènes douloureux d'appendicite ont disparu aussitôt l'opération.

J. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 juillet.

Forme herpétique de l'angine diphtérique.

M. Dieulafoy. — MM. Cadet de Gassicourt et Rohin ont confirmé dans la dernière séance les observations que je vous avais apportées ici, dont il ressortait nettement que les angines diphtériques peuvent prendre le type de l'angine herpétique. Ce sont des faits qui, aujourd'hui, me paraissent incontestables, d'antant plus que j'ai eu l'occasion de recueillir d'autres cas d'angines diphtériques se présentant avec l'allure d'angines herpétiques.

M. Cadet de Gassicourt, à la dernière séance, émettait un vœu relatif à la création de laboratoires d'examen bactériologique. Je m'y associe pleinement; leur utilité est bien montrée par les différentes statistiques parues à ce sujet. Ainsi, M. Martin a montré que, sur 112 enfants entrés à l'hôpital pour angines diphtériques, 36 n'avaient pas la diphtérie et la clinique était impuissante à faire cette différenciation. Le streptocoque, le staphylocoque, le petit coccus Brisou, le pneumocoque font des angines ayant les apparences de l'angine diphtérique. Aussi, c'est à la bactériologie seule qu'on peut demander la certitude. Je m'associe donc pleinement au vœu de M. Cadet de Gassicourt. Comme, d'autre part, je crois que cet examen bactériologique pourrait se faire dans les pharmacies, j'ajoute au vœu déposé par M. Cadet de Gassicourt le suivant :

« L'Académie émet le vœu que les études bactériologiques prennent à l'avenir une place importante dans les Ecoles de pharmacie. »

De l'action de la digitale et de la digitaline sur le cœur.

M. F. Franck. — De nos expériences il résulte que la digitale augmente l'énergie cardiaque dans sa totalité, par l'exagération de la puissance des systoles et amplitude plus grande des diastoles.

Il me semble prouvé aussi que les effets physiologiques et toxiques de la digitale sur le cœur sont des effets d'excitation neuro-myocardique, comparables à ceux que déterminent les excitations directes du myocarde, externes, internes et interstitielles. L'action ventriculaire de la digitale est, en effet, sous la dépendance des troubles de l'innervation intracardiaque. Il ne faut pas accuser les effets de ce poison sur les vaisseaux coronaires.

Quant à la digitaline, il faut entendre par là le produit cristallisé soluble en totalité dans le chloroforme. Toute les digitalines françaises sont d'une toxicité équivalente.

L'infusion de digitale que nous avons préparée agit, par gramme de poudre, comme 5 à 6 milligrammes de digitaline cristallisée. La digitale serait donc plus active qu'on ne l'admet généralement. On considère jusqu'ici un gramme de poudre de feuilles en infusion ou en macération comme équivalant à un milligramme de digitaline cristallisée. Cependant avec la première préparation on obtient des effets plus intenses qu'avec la seconde, dans certains cas. On comprend combien il est dangereux dans ces conditions de prescrire, comme on le fait en Belgique et en Allemagne, des doses de digitale allant jusqu'à 5 et 6 grammes.

Un procédé d'hémothérapie.

M. Pierre Delbet. — Quand il s'agit de vacciner avec du sang d'animal, on a l'habitude de toujours s'adresser au sérum de ce sang. C'est là un procédé qui ne tient pas assez compte des rapports qu'affectent avec le sang les substances immunisantes ou curatives. Nous ne savons pas exactement ce que nous injectons en injectant du sérum. Aussi vaudrait-il mieux injecter le sang en entier. Mais ces injections de sang sont-elles possibles? Peuvent-elles se faire sans accidents?

Le premier obstacle résiderait dans la coagulation du sang, qui l'empêche de rester liquide. Mais Arthus et Pagès ont montré que cette coagulation est empêchée par la précipitation des sels de chaux du sang. J'arrive, en effet, à ce résultat en mettant 50 centimètres cubes de solution aqueuse d'oxalate de soude à 2 0/0 dans un litre de sang. Il n'y a ainsi aucune coagulation; au bout de huit jours, les globules ont leur aspect habituel sans la moindre crénelure.

Les injections de sang sont parfaitement possibles. D'autre part, elles ne m'ont jamais donné aucune complication.

S'il était démontré que les globules blancs et rouges ne contiennent aucune substance utile, on pourrait facilement s'en débarrasser, en les laissant déposer et en décantant.

Resterait alors le plasma, c'est-à-dire le sérum avec le fibrinogène, privé des sels de chaux. De sorte qu'il existe trois manières de traiter les maladies infectieuses par les injections de sang d'animaux vaccinés :

La *sérothérapie*, où l'on emploie le plasma moins la fibrine.

La *plasmathérapie*, où l'on injecte le plasma privé seulement des sels de chaux.

L'*hémothérapie*, où l'on injecte le sang avec tous ses éléments, et devenu incoagulable.

J. P.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 28 juin.

Sclérodermie avec hémiatrophie linguale ayant débuté par le syndrome de la maladie de Raynaud.

M. A. Chauffard. — La malade, que je présente, offre un très bel exemple des intimes relations qui, en clinique et probablement en pathogénie, unissent la maladie de Raynaud à la sclérodermie. C'est une femme de cinquante-neuf ans, migraineuse et dyspeptique, un peu hystérique. On relève dans ses antécédents une série d'érysipèles à répétition : elle en a eu 26 toujours survenus au moment des règles. Pas de syphilis. Un peu d'éthylisme.

C'est en novembre 1893 qu'a eu lieu la première crise de syncope locale. En se rendant à son travail par un temps froid et humide, la malade ressentit aux deux mains un engourdissement subit avec sensation très vive de froid. Les trois derniers doigts de chaque main étaient blancs, exsangues, insensibles et ne revinrent à l'état normal qu'après immersion dans de l'eau très chaude. Mêmes accidents du côté des pieds.

Dès lors, les accès de syncope locale se sont répétés à chaque exposition au froid. Mais à aucun moment il ne s'est produit d'accident de gangrène locale.

A côté de ces accès de syncope locale, des accidents d'un autre ordre se sont montrés. Ce sont des troubles trophiques des ongles, d'une part, et, d'autre part, une atrophie du masque facial et d'une moitié de la langue.

Aujourd'hui l'aspect de la malade est tout à fait caractéristique; on trouve chez elle tous les caractères de la sclérodermie. Les ongles sont incurvés et à leur niveau la peau est lisse et rigide. De même à la face, qui apparaît comme figée, les mouvements sont devenus impossibles. Enfin l'atrophie d'une moitié de la langue est aujourd'hui très marquée. De plus, sur différentes parties du corps sont apparues, à côté d'un eczéma ancien, psoriasiforme par endroits, lichénoïde en d'autres, des taches de vitiligo sans hyperchromie nulle part.

Voici donc une malade qui, après avoir présenté tout d'abord les signes de la maladie de Raynaud, est devenue une sclérodermique. Le syndrome de Raynaud a masqué complètement au début la vraie nature du processus, mais, au lieu de se faire vers la gangrène, l'évolution morbide s'est faite vers la sclérose der-

mique. C'est là probablement une question de siège et de degré de lésions : à l'endartérite oblitérante correspondent les lésions de gangrène symétrique, à l'endopériartérite vulgaire la sclérose dermique et hypodermique.

Ce début vaso-moteur de la sclérodermie n'est pas exceptionnel. Mais, ce qui est plus rare et tout à fait intéressant, c'est la localisation linguale et à prédominance unilatérale que présente si nettement ce cas de sclérodermie.

L'hémiatrophie linguale a en clinique une valeur très grande et que nous connaissons. Elle veut dire lésion destructive de l'hypoglosse dans son noyau bulbaire ou dans son tronc.

Le type de l'hémiatrophie de cause bulbaire, c'est l'hémiatrophie linguale des tabétiques.

S'agit-il ici d'une lésion nucléaire de l'hypoglosse ? Nous n'avons aucun droit de le supposer en l'absence de tout symptôme bulbaire. De plus, il n'y a ni hémiparalysie du voile du palais, ni paralysie de la corde vocale inférieure, comme cela a été signalé dans les cas de ce genre.

Nous n'avons pas plus de raisons de supposer une névrite de l'hypoglosse et, du reste, une différence clinique importante sépare notre cas des hémiatrophies névritiques ou nucléaires. Dans ces deux derniers groupes de faits, la langue continue à pouvoir être projetée au dehors, mais elle prend, une fois tirée hors de la bouche, une forme très particulière, elle s'incurve en *croissant*, la pointe se déviant vers le côté atrophié; chez notre sclérodermique, au contraire, la langue ne peut plus être projetée au dehors et sa pointe dépasse à peine l'arcade dentaire; le sillon médian s'incurve très légèrement, mais l'ensemble de l'organe ne prend pas l'aspect en croissant.

C'est que si l'atrophie prédomine ici notablement sur la moitié droite de la langue, elle n'y est pas exclusivement cantonnée et le génio-glosse gauche participe certainement au processus, puisqu'il a perdu son aptitude fonctionnelle et ne peut plus projeter en avant la moitié correspondante de la langue. Il n'y a donc pas hémiatrophie linguale à proprement parler, il y a simplement une atrophie linguale très prédominante dans une des moitiés de l'organe.

Il ne s'agit là très probablement que d'une localisation de ces scléroses musculaires décrites par Méry; la lésion étant encore récente, la sclérose atrophique est molle, ne fait pas d'induration.

A côté des hémiatrophies linguales de cause musculaire ou névritique il faut donc faire place à une *hémiatrophie linguale myopathique* relevant ici de la sclérodermie.

Si l'on admet avec Bouttier que l'érysipèle peut être une cause provocatrice de sclérodermie, avec Lewin et Heller que toute lésion traumatique ou infectieuse des téguments peut déterminer une localisation du processus, il est permis de se demander si, chez notre malade, les vingt-six attaques d'érysipèle facial menstruel n'ont pas contribué à cette localisation linguo-faciale de la sclérodermie. Ce n'est qu'une hypothèse, mais cela n'a rien d'irrationnel.

J'ai donné à cette femme, par périodes de huit à dix jours, une à deux capsules par jour, de 10 centigrammes de corps thyroïde frais. Le résultat, au point de vue de la surveillance et de l'intensité des crises d'asphyxie et de syncope locale, a été nul. Ma malade a été cependant satisfaite du résultat thérapeutique obtenu, en ce sens que, dit-elle, la réaction vaso-motrice qui suit et termine les crises a cessé d'être douloureuse et de provoquer la sensation si pénible de l'onglée.

Chez une autre de mes malades, atteinte de maladie de Raynaud, le traitement thyroïdien a également diminué les phénomènes douloureux. C'est un résultat à retenir.

Vomissements hystériques d'origine cérébrale.

M. Albert Mathieu. — Voici l'observation d'une jeune femme de vingt-neuf ans, chez laquelle des vomissements de nature hystérique se sont montrés avec une intensité et une persistance tout à fait particulières.

Entrée à l'hôpital le 15 mars 1895, cette malade se plaignait de souffrir horriblement de la tête et d'avoir des crises de vomissements tous les matins.

Ces accidents avaient débuté quatorze mois auparavant, subitement, sans cause connue. Vers deux heures du matin, la malade était prise d'une céphalée frontale très intense. Cette douleur siégeait exactement au niveau du front, un peu au-dessus de la racine du nez. Une heure après survenaient des vomissements verdâtres; l'intolérance gastrique était absolue. Tout cela durait pendant sept à huit heures environ, c'est-à-dire jusqu'à neuf ou dix heures du matin. A partir de ce moment, la malade commençait à pouvoir s'alimenter.

Ces crises douloureuses, plus ou moins irrégulièrement espacées au début, ont fini par devenir quotidiennes. Au moment où j'ai soigné la malade pour la première fois, elle vomissait tous les jours depuis un an.

En l'absence de tout point de repère d'autre nature, comme il n'y avait pas de syphilis antérieure, aucun signe de tumeur ou de tuberculose cérébrales, pas de glycosurie, pas d'albuminurie, pas d'impaludisme, pas de stase stomacale, pas d'hyperchlorhydrie, je fus amené à penser à une céphalée névropathique.

Il ne pouvait guère être question de la migraine, qui n'a pas ainsi des accès quotidiens et qui n'évolue pas de cette façon. Mes premières investigations dans le sens de l'hystérie restèrent négatives; je ne pus relever aucun stigmate hystérique. Pas d'anesthésie, pas d'hyperesthésie, pas de points hystérogènes, pas d'anesthésie ni d'hyperesthésie au creux de l'estomac, seulement un certain degré de constriction à la gorge.

Un matin, j'eus l'idée de rechercher l'état de la sensibilité cutanée au front, à l'endroit même où débutaient les crises douloureuses, et j'y trouvai une zone d'anesthésie située sur la ligne médiane, un peu au-dessus de la racine du nez et large environ comme une pièce de cinq francs. Cela me sembla caractéristique et cette plaque d'anesthésie cutanée me parut correspondre à un trouble profond de la sensibilité. Je prescrivis deux grammes de bromure de potassium par jour en y ajoutant de la suggestion à haute dose.

La cessation des vomissements fut immédiate; la céphalée fut un peu plus rebelle. Au bout de dix jours, cependant, elle avait complètement disparu. L'anesthésie du front persistait néanmoins.

Quinze jours après sa sortie de l'hôpital, la malade fut revue. Son état général était meilleur, elle ne souffrait plus, ne vomissait plus, mais on retrouvait encore la plaque insensible de la région médiane du front.

Je crois qu'on pensera comme moi qu'il s'agissait d'accidents cérébraux de nature hystérique et qu'on trouvera dans ce fait si simple un motif d'intéressantes réflexions.

Lésion médullaire dans l'ostéite déformante de Paget.

MM. Gilles de la Tourette et Marinesco ont eu de nouveau occasion de rencontrer des lésions médullaires, à l'autopsie d'une ostéite déformante de Paget. Ces lésions ont leur maximum à la partie moyenne et inférieure de la région dorsale. Sur des préparations par le procédé de Pal on constate que la zone radiculaire moyenne et toute la bande de substance blanche qui avoisine la corne postérieure et qui se dirige vers la commissure postérieure sont normales, tandis que la partie médiane des cordons postérieurs et la zone radiculaire postérieure tranchent par leur coloration pâle sur les régions précédentes. Cette pâleur est en relation avec une raréfaction des fibres nerveuses.

Les racines postérieures et les colonnes de Clarke sont intactes en ce qui concerne les fibres nerveuses; de même la zône de Lissauer. Les cornes antérieures et postérieures, les racines antérieures sont saines.

Au niveau des points altérés, on constate une hyperplasie de la

gaine lamelleuse des nerfs et une augmentation du tissu conjonctif intra-fasciculaire.

Les faisceaux nerveux qui se trouvent disséminés dans le tissu conjonctif péri-fasciculaire sont quelquefois divisés par les cloisons conjonctives, qui partent de la face interne des gaines lamelleuses, en deux ou trois faisceaux secondaires.

La gaine lamelleuse présente une hypertrophie concentrique. Le tissu conjonctif qui se trouve à la face interne des gaines lamelleuses est riche en éléments cellulaires et présente une vascularisation considérable.

Les fibres nerveuses ne sont pas altérées; elles sont cependant plus clairsemées.

La lésion constatée est donc sous la dépendance de la prolifération du tissu conjonctif des gaines lamelleuses et du tissu intrafasciculaire (péri-endonévrite); quelle est la signification de ces lésions?

Dans la moelle, l'altération est constituée par une lésion probablement d'origine endogène, puisque les fibres des racines postérieures sont intactes.

Quant aux nerfs, que nous avons trouvés augmentés de volume, ils sont le siège d'une névrite interstitielle très probablement d'origine vasculaire.

H. Méry.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 29 juin.

Présence du bacille de Koch dans la veine ombilicale.

MM. Bar et **Renon**. — Cinq fois nous avons recueilli le sang placentaire de la veine ombilicale, au moment de la naissance, pour élucider la question de la transmissibilité directe par le placenta de la tuberculose de la mère au fœtus. L'injection aux cobayes nous a donné trois résultats négatifs et deux résultats positifs. Dans ces deux derniers cas, il s'agissait de femmes arrivées à la troisième période de la phtisie pulmonaire, et mortes peu après l'accouchement. Par cette technique on arriverait peut-être à savoir définitivement quelle solution comporte le sujet.

Influence des injections de divers sérums sur l'infection.

M. L. Meyer. — J'ai recherché l'influence qu'exercent les différents sérums sur la marche de l'infection. Parmi mes sérums, les uns provenaient d'animaux vaccinés contre des microbes différents de ceux qu'on avait inoculés, les autres de différents malades. Je puis conclure que les premiers sérums bactéricides ou antitoxiques ralentissent la marche de l'infection, paraissent atténuer sa gravité; les seconds rendent cette infection plus prompte, grave et sérieuse. Cette seconde action s'explique assez facilement; les sérums empruntés à des malades constituent en effet, des dilutions de poisons. Le premier mode d'action est au contraire plus complexe, moins facile à élucider. D'après M. Bouchard, il semble que ces sérums des réfractaires incitent à la défense les différents organes, et surtout le système nerveux. En tous cas, il n'y a pas là pur antagonisme chimique, destruction ou neutralisation des toxines microbiennes.

Ablation des capsules surrénales chez les rats.

M. Boinet (de Marseille). — J'ai souvent constaté la longue survie, la grande résistance à la fatigue des rats décapsulés; l'on m'a objecté que ces rats décapsulés ont souvent des capsules accessoires. Aussi ai-je refait mes expériences en enlevant les capsules vraies et les capsules accessoires. J'ai de nouveau constaté la longue résistance et le surmenage considérable de ces rats, et j'ai de même pu me rendre compte que le rôle vicariant prête aux capsules accessoires est exagéré.

Sérothérapie dans la tuberculose.

M. Chauveau dépose une note de MM. Redon et Chenot où ceux-ci montrent que l'on peut obtenir une action empêchante contre l'évolution de la tuberculose humaine en passage dans l'organisme du cobaye et du lapin. Cette action empêchante, faible avec le sérum de l'âne et du mulet neufs, est plus marquée avec le sérum des ces animaux traités par des inoculations tuberculeuses. Mais elle est encore beaucoup plus intense avec le sérum de ces animaux traités à intervalles rapprochés par de faibles doses d'émulsions tuberculeuses à virulence exaltée; car alors l'action antituberculeuse est doublée d'une action antiseptique.

Action des sels de cadmium.

M. Langlois. — Le cadmium exerce sans doute une action sur le système ganglionnaire du cœur, car, en injectant à une grenouille 0 gr. 70 centigr. de sulfate de cadmium par kilogramme, j'ai provoqué de la stupeur avec conservation de l'excitabilité des nerfs.

Exostoses de croissance.

M. Soulier (de Lyon) présente la photographie d'un malade que M. Virchow considérait comme atteint de myosite ossifiante progressive; il est affecté d'exostoses généralisées à tout le squelette. M. Soulier croit que l'on est en présence d'exostoses de croissance. Celles-ci ont débuté vers 15 ans et ont cessé à 25 ans; leur siège est au niveau des cartilages juxta-épiphysaires.

Du réflexe tendineux dans le tabès.

M. Raichline. — J'ai vu avec M. Landrieux un tabétique, chez qui une hémiplégie organique a été suivie non seulement d'une contracture secondaire, mais aussi du retour des réflexes tendineux. Ordinairement une hémiplégie qui survient pendant le tabès reste flasque, sans retour des réflexes tendineux. Il semblerait résulter de ce fait que l'abolition du réflexe dans le tabès tient non pas à une destruction de l'arc réflexe, mais à l'influence inhibitrice exercée par la lésion tabétique sur l'activité réflexe de la moelle. Quand la réflectivité de la moelle est exagérée, comme elle l'est par la dégénération secondaire du faisceau pyramidal, les réflexes abolis peuvent reparaître.

J. P.

LES LIVRES

Société d'Editions scientifiques, place de l'Ecole-de-Médecine 4, rue Antoine-Dubois, Paris.

Maladies internes et maladies des enfants,

par le Dr J. Smith.

Sous ce titre, le Dr Smith publie un véritable formulaire pour les *Maladies internes et les Maladies des Enfants*. Les formules et le traitement sont indiqués pour chacune des maladies et celles-ci sont étudiées par ordre alphabétique, ce qui facilite singulièrement les recherches pour le médecin qui pourra savoir ainsi en quelques minutes les principaux médicaments employés pour telle ou telle affection qu'il aura à combattre.

Ce petit manuel de thérapeutique appliquée nous offre, sur nombre d'ouvrages similaires, l'avantage que les procédés thérapeutiques sont ceux des notabilités médicales tant de Russie que de l'étranger; il est donc intéressant de voir réunis sous une même rubrique les traitements employés dans les pays les plus divers. Leur comparaison ne peut qu'être utile au praticien.

(La France médicale.)

Ce petit volume, d'un format commode, a pour objet de reproduire quelques-uns des traitements en usage dans divers pays. C'est un recueil de formules expliquées et commentées. Livre à consulter.

(Revue générale de Clinique).

Synopsis et tableau synoptique des familles qui composent la classe des phycophytes (algues et leurs alliées), par le Dr Léon Marchand, professeur de cryptogamie à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris. In-8 de 20 pages. Prix : 1 fr.

Le *synopsis* et le *tableau synoptique des familles* végétales qui composent la classe des phycophytes fait suite au *synopsis* et au *tableau synoptique des familles* végétales qui composent la classe des mycophytes, paru il y a quelques mois. Le professeur L. Marchand a envisagé le groupe dans ses limites les plus larges, y faisant rentrer les familles que les naturalistes modernes associent aux algues telles qu'on les comprenait autrefois. Les végétaux de cette classe sont moins connus encore dans leur ensemble qui ne le sont les mycophytes. Il n'existe jusqu'à présent aucun guide général pour diriger les débutants dans leurs recherches et pour permettre à ceux qui connaissent mieux certaines de leurs parties de relier ceux dont ils se sont plus particulièrement occupés avec tous les autres représentants de ce groupe intéressant qui ne compte pas moins de soixante-dix-huit familles.

Nous dirons donc de cet opuscule ce que nous avons dit du précédent, il est indispensable à ceux qui s'occupent des algues et de leurs alliées, et les étudiants y trouveront un guide pour cette partie de la cryptogamie !

La cure de Barèges, par le Dr I. Bétous, médecin-consultant à Baréges, lauréat de la Faculté de Paris, membre de la Société d'Hydrologie médicale, etc. Grand in-8o de 148 pages. Prix : 2 francs.

Dans ce travail, l'auteur a exposé les résultats qu'une pratique de quinze ans lui a permis d'observer dans cette station thermale qui, grâce à son altitude, est aussi une station climatérique remarquable. Il s'est efforcé de faire ressortir les effets tout spéciaux de cette cure de Baréges, en même temps qu'il a insisté sur les nombreuses contre-indications qu'elle comporte. Ecrit dans un but purement scientifique, cet ouvrage est de nature à être utile aux médecins en appelant leur attention sur une médication énergique qui rend de si grands services dans les cas les plus graves, et aussi aux malades auxquels il pourra indiquer la *direction qu'ils doivent prendre.*

Chez G. Masson, éditeur.

Leçons de Chirurgie (La Pitié, 1893-1894), par le Dr Félix Lejars, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux. 1 vol. in-8o avec 128 figures dans le texte. Prix : 16 fr.

Ce livre renferme 47 leçons groupées de la façon suivante : *Pathologie générale* (7 leçons); *Chirurgie des membres* (19 leçons); *Tête et cou* (3 leçons); *Tube digestif* (3 leçons); *Organes génito-urinaires* (7 leçons); *Gynécologie* (8 leçons).

Sous cette forme de leçons cliniques, l'auteur soulève et discute, en s'appuyant sur des exemples, une série de questions intéressantes de chirurgie pratique.

Une bonne partie de ces études sont consacrées à la *Chirurgie réparatrice;* les sutures osseuses, le traitement des luxations anciennes de l'épaule et du coude, les ankyloses du coude et du genou, les fractures anciennes du col du fémur, le genu varum, les cals vicieux de la jambe et leur réfection opératoire, le pied plat valgus douloureux invétéré et les différentes opérations qui lui sont applicables; tels sont les principaux sujets successivement passés en revue. De nombreux dessins, des photographies représentant l'état des opérés avant et après l'intervention, permettent de suivre les descriptions et de comprendre sans peine les détails techniques.

Nous citerons, dans le même ordre d'idées, les leçons, sur les greffes d'Ollier-Thiersch, sur la conicité physiologique des moignons, sur la cure radicale des hémorrhoïdes, sur la cure opératoire des fistules recto-uréthrales, etc.

La chirurgie des *organes génito-urinaires* et la *gynécologie* figurent dans le volume pour 15 leçons. On y trouvera, en particulier, l'exposé d'une question fort débattue en ces derniers temps, celle de la cystostomie sus-pubienne, de ses indications et de sa technique. Le prolapsus utérin, ses premières étapes, ses étapes ultimes et l'hystérectomie vaginale appliquée aux formes invétérées et incoercibles ; la maladie annexielle et ses différents types, l'hystérectomie dans les annexites doubles, le traitement opératoire des fibromes utérins, les polypes et les faux polypes de l'utérus, les tumeurs uréthrales et péri-uréthrales chez la femme, représentent les principaux chapitres abordés de gynécologie. Trois tableaux résument les laparotomies et les hystérectomies pratiquées dans l'année.

Un sommaire précède chaque leçon; un index alphabétique détaillé termine le volume, conçu dans un esprit essentiellement pratique et avec le souci constant de la précision et de la méthode.

ACTES DE LA FACULTÉ

DU 8 AU 13 JUILLET 1895

EXAMENS

Lundi 8 juillet, à 9 heures. — 1er (1re série) : MM. Baillon, André, Weiss. — 1er (2e série) : MM. Guebhard, Blanchard, Fauconnier.

A 1 heure. — 5e Chirurgie (1re partie), Hôtel-Dieu : MM. Tillaux, Delbet, Jalaguier. — 5e (2e partie, 1re série), Hôtel-Dieu : MM. Hayem, Chauffard, Gaucher. — 5e (2e partie, 2e série), Hôtel-Dieu : MM. Fournier, Brissaud, Déjerine. — 5e Obstétrique (1re partie), Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Reclus, Varnier.

Mardi 9 juillet, à 9 heures. — 1er (1re série) : MM. Pouchet, Guebhard, Heim. — 1er (2e série) : MM. Gariel, Blanchard, André. — 1er (3e série) : MM. Baillon, Hanriot, Weiss.

A 1 heure. — 3e Oral (1re partie, 1re série) : MM. Panas, Remy, Bar. — 3e Oral (1re partie, 2e série) : MM. Berger, Humbert, Maygrier. — 5e Chirurgie (1re partie, 1re série), Charité : MM. Duplay, Brun, Nélaton. — 5e Chirurgie (1re partie, 2e série), Charité : MM. Guyon, Schwartz, Albarran. — 5e (2e partie), Charité : MM. Dieulafoy, Ballet, Charrin.

Mercredi 10 juillet, à 9 heures. — 1er (1re série) : MM. Gariel, Lutz, Heim. — 1er (2e série) : MM. Gautier, Blanchard, Weiss — 1er (3e série) : MM. Baillon, Hanriot, Guebhard.

A 1 heure. — 3e Oral (1re partie) : MM. Monod, Varnier, Lejars. — 5e Chirurgie (1re partie, 1re série), Hotel-Dieu : MM. Tillaux, Reclus, Ricard. — 5e Chirurgie (1re partie, 2e série), Hôtel-Dieu : MM. Marchand, Delbet, Jalaguier. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu : MM. Cornil, Grancher, Brissaud.

Jeudi 11 juillet, à 9 heures. — 1er (1re série) : MM. Baillon, Hanriot, Fauconnier. — 1er (2e série) : MM. Pouchet, Blanchard, Guebhard. — 1er (3e série) : MM. Lutz, Weiss, Heim.

A 1 heure. — 1er : MM. Gariel, Blanchard, Fauconnier.

Vendredi 12 juillet, à 9 heures. — 1er (1re série) : MM. Gautier, Guebhard, Heim. — 1er (2e série) : MM. Gariel, Blanchard, André. — 1er (3e série) : MM. Lutz, Hanriot, Fauconnier.

A 1 heure. — 1er : MM. Baillon, Hanriot, André. — 5e Chirurgie (1re partie), Charité : MM. Terrier, Monod, Lejars. — 5e (2e partie, 1re série), Charité : MM. Reclus, Delbet, Ricard. — 5e (2e partie, 2e série), Charité : MM. Grancher, Landouzy, Netter. — 5e Obstétrique (1re partie), Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Marchand, Varnier.

Samedi 13 juillet, à 9 heures. — 1er (1re série) : MM. Baillon, Guebhard, Fauconnier. — 1er (2e série) : MM. Lutz, Weiss, Heim.

A 1 heure. — 1er : MM. Gariel, Blanchard, André. — 5e Chirurgie (1re partie), Hôtel-Dieu : MM. Panas, Brun, Albarran. — 5e (2e partie, 1re série), Hôtel-Dieu : MM. Dieulafoy, Marie, Marfan. — 5e Obstétrique (1re partie), Clinique d'Accouchements, rue d'Assas : MM. Tarnier, Maygrier, Bar.

OFFICIAT

Mardi 9 juillet, à 1 heure. — 2e : MM. Hallopeau, Bouilly, Poirier.
Jeudi 11 juillet, à 1 heure. — 2e (1re série) : MM. Humbert, Poirier, Abarran. — 2e (2e série) : MM. Polaillon, Remy, Letulle.
Vendredi 12 juillet, à 1 heure. — 2e : MM. Straus, Tuffier, Retterer.
Samedi 13 juillet, à 1 heure. — 2e : MM. Remy, Quénu, Poirier. — 3e : MM. Berger, Gilbert, Letulle.

66e Année. 9e Série. Tome II — No 28 — 13 Juillet 1895

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : **Dr F. de RANSE** — *Rédacteur en chef :* **Dr Pierre SEBILEAU**

Secrétaire de la Rédaction : **M. Em. EMERY**

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 28, rue Vignon

TRAVAUX ORIGINAUX

Nature et pathogénie des tumeurs bénignes du sein (1).

Par Pierre Delbet, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine, chirurgien des hôpitaux.

C'est surtout dans la mamelle qu'on a soutenu la nature fibreuse des tumeurs bénignes, les tumeurs adénoïdes de Velpeau, que je considère comme des produits d'inflammation chronique et que je range dans le groupe des adénômes.

Est-ce à dire que les fibrômes n'existent pas dans la mamelle? Ils sont certainement très rares, mais il serait absurde de prétendre qu'ils ne peuvent pas exister. A priori, il n'y a aucune raison pour qu'un fibrôme, un lipôme ou un sarcôme, une tumeur quelconque d'origine conjonctive ne se développent pas dans la mamelle. Le tissu conjonctif, qui est toujours très abondant dans cette glande, peut devenir l'origine d'un néoplasme comme celui de n'importe quelle autre région.

Peut-on distinguer les fibrômes vrais de la mamelle, qui sont des raretés, des adénômes qui sont très fréquents? Je le crois.

On sait quelle est la disposition du tissu conjonctif dans la glande. Autour des acini on trouve une zône de tissu conjonctif assez délicat, généralement ordonné en strates concentriques. On peut l'appeler tissu conjonctif périacineux. Entre les acini il existe, au contraire, un tissu conjonctif plus grossier sans disposition architecturale particulière qu'on peut appeler tissu interacineux. C'est ce dernier qui est l'origine des tumeurs conjonctives vraies. Aussi ces tumeurs repoussent-elles, en se développant, les éléments glandulaires à la périphérie. Au contraire, dans les adénômes c'est le tissu périacineux qui s'hypertrophie, en même temps que l'élément épithélial. Aussi trouve-t-on au centre des noyaux fibreux des éléments glandulaires plus ou moins altérés, ainsi que nous allons le voir.

Dans la glande mammaire, hors de la lactation, il y a peu ou pas d'acini. Le premier phénomène qui se produit sous l'influence d'une inflammation chronique, c'est la formation d'acini. L'inflammation, par l'irritation qu'elle détermine, est capable d'amener dans les glandes la production de nouveaux acini ou de nouveaux culs-de-sac. C'est là un fait qui me paraît hors de doute, et, comme il est général, on peut le formuler sons forme de loi et dire : *L'inflammation chronique a la puissance de déterminer dans les glandes des néoformations homéomorphes.* Nous avons vu que dans l'intestin, dans l'utérus, cette néoformation est quelquefois telle qu'elle donne à des glandes en tube simples l'aspect de glandes composées. Dans la mamelle, il se forme des acini. Sans doute ces tubes, ces acini de nouvelle formation, ne sont pas identiques aux tubes et aux acini normaux. Les cellules épithéliales sont plus ou moins altérées; le tissu conjonctif, épaissi, présente des signes d'inflammation; la sécrétion est modifiée, mais ce n'en sont pas moins des formations glandulaires, tubulaires ou acineuses.

Le premier phénomène des inflammations chroniques de la mamelle est donc la formation d'acini. Tantôt la néoformation porte seulement sur un ou deux lobules, tantôt toute la glande est frappée. Au début l'organisation de la glande en lobules est conservée. Etudions ces acini néoformés.

Sur les coupes on voit une série de petits cercles bordés d'une couche d'épithélium. Celui-ci est constitué par des cellules cubiques, disposées en une rangée unique. Il n'est pas rare cependant qu'il y ait, en certains points, une prolifération épithéliale manifeste. La lumière de l'acinus est même quelquefois remplie de cellules plus ou moins altérées. Ces acini de nouvelle formation sécrètent non pas du lait normal, mais un liquide albumineux qui les remplit parfois et qui, sur les coupes traitées au picrocarmin, prend

(1) Extrait du premier volume du Traité de Chirurgie clinique et opératoire, publié sous la direction de Le Dentu et Pierre Delbet, chez J.-B Baillière.

une belle couleur rose, légèrement jaunâtre. Cette sécrétion nous explique la fréquence des écoulements par le mamelon dans les mastites chroniques.

L'épithélium repose sur une paroi conjonctive. Celle-ci est formée de faisceaux fibreux circulaires concentriques, infiltrés de cellules embryonnaires.

Telle est la lésion dans ses premiers degrés. Il y a des tumeurs bénignes du sein, tumeurs adénoïdes de Velpeau, dans lesquelles on ne trouve pas autre chose. Ce sont celles-là qu'on pourrait qualifier d'adénômes purs. Mais, comme il est rare que ces tumeurs restent à cet état primitif, on n'a pas souvent l'occasion de les étudier dans cette phase. Deux ordres de modifications surviennent qui vont changer leur aspect.

La néoformation d'acini devient exubérante; ceux des lobules voisins se mêlent et l'organisation de la glande en lobule est détruite. En outre il se produit des modifications des acini eux-mêmes qui peuvent, comme dans tous les adénômes, subir l'évolution kystique ou l'évolution fibreuse. Dans l'*évolution kystique*, les culs-de-sac glandulaires se dilatent de plus en plus et forment des cavités de dimensions variables; les plus petites sont comme des grains de mil, les plus grosses atteignent les dimensions du poing. Tous ces kystes sont revêtus d'épithélium. Souvent celui-ci devient beaucoup plus haut et prend la forme cylindrique. Le tissu conjonctif périkystique est plus ou moins végétant. Il n'est pas rare qu'il soulève en certains points la paroi du kyste, ni même qu'il envoie dans l'intérieur de la cavité des prolongements ramifiés et comme arborescents qui finissent par la remplir. Ces végétations, sorte de papillômes intrakystiques, sont constituées par du tissu conjonctif vasculaire, revêtu de la couche épithéliale qu'il a refoulée. Ainsi se forment les *kystes proligères* de Paget. Qu'on ne dise pas qu'il s'agit là de formes différentes qui ne rentrent pas dans les adénômes. J'ai montré ailleurs, avec plus de détails, qu'on trouve souvent dans la même tumeur des kystes simples à parois lisses, des kystes où des végétations commencent à peine à paraître; d'autres enfin où elles atteignent le maximum de leur développement. Si ces végétations impriment à la tumeur un caractère nouveau, c'est un caractère d'ordre purement macroscopique. L'adénôme est devenu kystique et végétant, mais rien n'est changé dans sa nature.

Je rappelle que nous avons trouvé, Longuet et moi, des staphylocoques blancs dans une volumineuse tumeur qui renfermait des kystes remplis de végétations exubérantes.

L'*évolution fibreuse* est exactement le contre-pied de la précédente. Les zônes conjonctives, dont les fibres régulièrement concentriques entourent les acini, prolifèrent abondamment. Par leur prolifération, elles étouffent les culs-de-sac glandulaires. L'épithélium déformé, irrégulier, atrophié, se retrouve pendant quelque temps encore au centre de ces noyaux, puis il finit par disparaître complètement et il ne reste plus que des rognons fibreux à strates régulièrement concentriques. On peut quelquefois suivre sur une même coupe les stades différents de cette évolution dont le terme est la disparition complète de l'épithélium; on y retrouve tous les intermédiaires. Il arrive même que, dans une même mamelle, dans une même tumeur, se produisent simultanément l'évolution kystique et l'évolution fibreuse. Aussi peut-on voir réunies toutes ces modalités, variant du rognon fibreux avec destruction de l'épithélium, jusqu'à ces kystes que j'ai étudiés plus haut. Cette association des formes kystique et fibreuse est une preuve de l'identité de leur nature primitive.

Les canaux galactophores sont quelquefois le siège de lésions absolument analogues. Le processus est le même. Ces canaux se dilatent et s'entourent de zônes fibreuses qui peuvent devenir fort épaisses. C'est à cette forme qu'on a donné le nom de *fibrôme péricanaliculaire*. Le tissu conjonctif envoie dans les conduits dilatés, comme dans les acini kystiques, des végétations papillaires qu'on a qualifiées de fibrômes endocanaliculaires. Je ne suis pas sûr que l'évolution fibreuse soit jamais aussi complète au niveau des canaux qu'au niveau des acini. Je ne sais pas si elle peut amener l'oblitération complète du canal.

La distribution topographique variable des lésions dans la glande imprime à la maladie des caractères cliniques très différents. Tantôt elles sont diffuses et s'étendent à toute la glande; tantôt, au contraire, elles sont circonscrites à quelques lobules.

Dans les formes diffuses, les caractères objectifs diffèrent suivant que l'évolution kystique ou, au contraire, l'évolution fibreuse domine. La prédominance de l'élément kystique aboutit à ce que Reclus a décrit sous le nom de *maladie kystique*. L'évolution fibreuse aboutit à la production de ce qu'on a appelé les *fibrômes multiples* du sein et correspond à la *maladie noueuse* de Tillaux et Phocas. Je répète que ces deux processus sont fréquemment associés et que toutes ces formes cliniques doivent rentrer dans le même groupe nosologique.

Quand le processus est circonscrit, quand un ou plusieurs lobes ou lobules sont seuls pris, le terme de ces modifications est la formation de ces tumeurs bénignes du sein que Velpeau a qualifiées d'adénoïdes et que j'ai décrites ailleurs sous le nom d'adéno-fibrômes. Au point de vue clinique, on ne peut guère distinguer les formes canaliculaires des formes lobaires ou lobulaires, qui sont d'ailleurs fréquemment associées (1). Ces productions circonscrites obéissent à la loi générale que j'ai énoncée plus haut. Elles tendent, comme tous les adénômes, à s'énucléer de l'organe où elles se développent. A la mamelle, elles ne peuvent former des polypes, mais elles s'entourent d'une capsule qui les isole plus ou moins complètement. La capsule se forme par tassement des tissus voisins. Elle est due à ce que la tumeur a une croissance purement centrale et qu'elle ne présente aucune tendance envahissante.

J'ai montré, chemin faisant, quels rapports relient ces productions adénomateuses aux affections nettement inflammatoires dans les différents organes. Dans le foie elles coïncident avec des cirrhoses, dans les reins avec des néphrites, etc. Ces mêmes rapports existent de la façon la plus nette dans la mamelle; nous sommes passés sans transition des mammites chroniques les plus simples aux adénômes les plus compliqués. La pathologie comparée nous fournit encore un argument important en faveur de l'origine inflammatoire des adénômes. Dans la mammite chronique des vaches laitières, les lésions histologiques

(1) Voir, pour plus de détails, Maladie kystique et mammite chronique (*Bull. de la Soc. anat.*, 6 janvier 1893).

sont tout à fait comparables à celles de l'adénôme du sein. Les acini sécrètent un liquide franchement purulent. Ils s'entourent de telles masses de tissu conjonctif que la maladie prend l'aspect d'un néoplasme. Il s'agit cependant d'une inflammation spécifique. Nocard et Mollereau ont isolé le microorganisme pathogène et ont pu, par des inoculations, reproduire la maladie. On rencontre quelquefois chez la femme de petites tumeurs qui ont tout à fait les caractères cliniques et histologiques des adénômes, mais dont les kystes contiennent un liquide franchement purulent. On admet, en général, que la suppuration est due à une infection secondaire, tandis qu'il me paraît fort probable, au contraire, que c'est l'infection primitive, d'une virulence un peu plus grande que d'ordinaire, qui a engendré et l'adénôme et la suppuration. Enfin, je le redis encore, dans les recherches que nous avons faites, Longuet et moi, nous avons constamment trouvé un microorganisme de virulence atténuée, le staphylocoque blanc. Tantôt nous avons recueilli le liquide qui s'écoulait du mamelon, tantôt nous l'avons pris dans l'intérieur de la tumeur même après ablation, en nous entourant toujours de toutes les précautions nécessaires. Peut-être pourra-t-on objecter que nous n'avons opéré que sur des mammites chroniques et non sur de véritables adénômes. Il y a un cas que j'ai déjà cité, pour lequel l'hésitation n'est même pas possible. Il s'agissait d'une tumeur bien nette, ayant le volume d'un très gros œuf. Au point de vue clinique, c'était bien la *tumeur adénoïde* de Velpeau. En outre, l'examen macroscopique a permis de constater que la tumeur contenait de gros kystes remplis de végétations. Enfin, l'examen histologique a montré les lésions que j'ai décrites plus haut. C'était donc incontestablement un adénôme kystique et végétant, kyste proligère de Pagès. Eh bien ! dans ce cas aussi, le liquide des kystes contenait du staphylocoque blanc. J'ajoute que Cornil a aussi rencontré, dans un cas analogue, le staphylococcus albus. On ne peut dire encore si le staphylocoque a une valeur spécifique; mais l'ensemble de ces constatations permet d'affirmer, ce me semble, que des adénômes du sein, comme les autres d'ailleurs, sont des produits inflammatoires.

REVUE DE GYNÉCOLOGIE

Contribution à l'étude de la symptomatologie de la grossesse tubaire; avortement tubaire, par M. Louis Gobillot. Th. 1894 (Henri Jouve).

La grossesse tubaire serait plus fréquente qu'on ne le croyait autrefois. Un symptôme important dans le diagnostic de la grossesse tubaire compliquée d'avortement et de rupture consiste en hémorrhagies répétées et constituées par des caillots sanguins, consécutives au décollement du placenta qui amène l'avortement et prépare la rupture de la trompe. L'ablation des annexes du côté malade préviendra toute récidive.

Contribution à l'étude du curettage de l'utérus, par Paul Debled. Th. 1894 (Henri Jouve).

Il est indiqué dans le cancer de l'utérus non opérable pour prévenir les hémorrhagies, les écoulements sanieux; dans la métrite hémorrhagique: dans l'avortement; dans la dysménorrhée membraneuse; comme opération complémentaire, chaque fois qu'il est nécessaire de désinfecter la cavité utérine au cours d'une opération sur l'appareil génital. Il est contre-indiqué dans la suppuration pelvienne, quand il y a des adhérences peri-utérines.

Contribution au traitement conservateur dans les cas d'ovaro-salpingite (ignipuncture, traitement de Martin), par M. Emile Raguin. Th. 1894 (Henri Jouve).

L'ignipuncture paraît donner de bons résultats dans l'ovarite diffuse et dans la dégénérescence sclérokystique de l'ovaire. Il faut que la trompe soit perméable pour songer à cette intervention.

Résultats éloignés de l'ablation bilatérale des annexes par la laparotomie pour salpingo-ovarite, par M. A. Pinesse. Th. 1894 (Henri Jouve).

Si la douleur empêche la femme de travailler, elle aura tout bénéfice à se faire opérer. Plus la lésion sera avancée, plus grand sera le profit. Il faut toutefois essayer au préalable des moyens moins radicaux.

Du traitement intra-utérin des collections tubaires, par M. A. Tanguy. Th. 1894 (Henri Jouve).

Un certain nombre de collections tubaires peuvent être évacuées et guéries par le traitement intra-utérin : dilatation et drainage.

La méthode ne réussit pas quand il y a oblitération complète du segment interne de la trompe; si la trompe présente une série de rétrécissements et de bosselures; des coudures brusques qui gênent l'évacuation du contenu.

Des amputations du col de l'utérus et de leurs indications en dehors du cancer, par M. René Perdrizet. Th. 1894 (Henri Jouve).

Elles donnent une guérison radicale dans les altérations avancées du col utérin avec ou sans métrite du col.

Indications : dans les métrites du col, dans le prolapsus avec ou sans hypertrophie, dans les anté ou rétro-déviations; dans les déchirures simples ou compliquées consécutives à l'accouchement. Les meilleurs procédés sont ceux de Simon Marckwald et de Schrœder.

Les amputations doivent être précédées du curettage utérin.

Marius Rey.

A L'ÉTRANGER

ALLEMAGNE

Des hémoptysies dans les anévrysmes de l'aorte.

M. Hampeln (*Berlin. klin. Wochenschrift*) a fait une étude sur les hémoptysies dans les anévrysmes de l'aorte qui mérite d'être signalée. On sait que, dans le cours des anévrysmes de l'aorte, l'idée d'hémoptysie évoque toujours une idée de mort subite liée à l'abondance et à la violence de l'hémoptysie. C'est évidemment là la variété d'hémoptysie la plus fréquente dans l'anévrysme de l'aorte. Mais il en est une autre, assez rare, utile à connaître cependant, car elle peut être la source de nombreux diagnostics erronés. Il s'agit d'hémoptysies à répétition, peu sérieuses par elles-mêmes, n'évoquant nullement l'idée d'anévrysme et qu'on diagnostique hémoptysies tuberculeuses. Elles ne sont pas d'observation commune, car l'auteur n'en a pu réunir qu'un nombre de cas fort limité. Lui-même en avait déjà publié une observation il y a quelques années; il vient d'en voir un nouveau cas, qui fait précisément l'objet de son travail. De plus, il a relevé deux autres cas semblables dans la littérature : l'un dû à Fürbringer, l'autre à Wintermantel.

Ces hémoptysies spéciales reconnaissent pour cause l'existence de petites communications entre l'anévrysme et les bronches. Elles se montrent brusquement et ont les allures et la marche d'hémoptysies tuberculeuses. Ces caractères se retrouvent très nets dans le dernier cas qu'avait observé Hampeln. Il examina les crachats de son malade et cet examen fut négatif. De même, en auscultant le cœur, on ne trouvait que l'existence des bruits

normaux, sans trace de souffle. Ce qui permit à l'auteur de rapporter ces hémoptysies à leur véritable cause. ce fut l'existence d'un hémothorax gauche. Plus tard, de nouveaux signes devaient confirmer le diagnostic d'anévrysme de l'aorte; les phénomènes de compression ne tardèrent pas, en effet, à faire leur apparition. Ce sont ces phénomènes qui, avec les hémoptysies, ont résumé tout le tableau symptomatique de l'anévrysme, dont, d'ailleurs, l'autopsie a démontré l'existence incontestable.

Le point de vue intéressant dans ces hémoptysies à répétition, c'est évidemment leur ressemblance avec celles de la tuberculose, ainsi que le fait a déjà été indiqué plus haut. L'on peut même dire que si l'anévrysme ne se traduit pas encore par ses symptômes physiques ordinaires, si ceux-ci, par la situation de l'anévrysme, ne sont pas encore perceptibles, le diagnostic de tuberculose est celui auquel on s'arrêtera, bien que l'exploration physique du poumon ne la justifie pas pleinement. Mais on sait que l'hémoptysie tuberculaire est souvent un symptôme du premier début, apparaissant alors que la tuberculose pulmonaire est à peine appréciable. Ce n'est que par l'évolution ultérieure de la maladie causale que l'hémoptysie aura, aux yeux du clinicien, sa véritable valeur séméiologique. Rappelons aussi en terminant qu'il est des sujets chez lesquels on rencontre la coïncidence de l'anévrysme et de la tuberculose, et que ce fait est même assez fréquent pour avoir attiré l'attention de beaucoup d'observateurs. Dans ce cas, on le conçoit, il est impossible de reconnaître la nature des hémoptysies qui pourront apparaître, ce qui d'ailleurs est de peu d'importance pratique.

Sur le traitement du cancer par le sérum antistreptococcique.

Dans un des derniers numéros de la *Deuts. medic. Wochens.* (n° 12), Emmerich et Scholl faisaient une communication sur leur manière de pratiquer la sérothérapie streptococcique dans le cancer. Ils produisent l'érysipèle chez des moutons : ces animaux sont sacrifiés, on recueille leur sang. Le sérum est délivré de tout germe par filtration et c'est ce sérum ainsi purifié que l'on emploie. Emmerich et Scholl rapportent 6 cas de carcinôme dans lesquels ils ont obtenu de bons résultats. C'étaient des cas inopérables, mais les auteurs pensent que, dans des cas récents, les résultats seraient bien plus favorables. Ce traitement ne doit pas remplacer l'opération, disent-ils, c'est seulement un adjuvant qui pourra empêcher les récidives et les métastases.

A cette communication Bruns répond (n° 20, *D. med. Woch.*, 16 mai) : De mes observations résulte qu'on ne peut parler d'aucun effet thérapeutique de ce sérum sur les tumeurs malignes. Aucune diminution de volume de la tumeur, pas un effet favorable quelconque après ces injections. Au contraire même, on voit des symptômes inflammatoires indiquant que le sérum n'est pas absolument stérile.

Ce sont des résultats aussi peu favorables à la méthode d'Emmerich que rapportent Petersen (*Deut. med. Wochens.*) et Angerer (*München med. Woch.*).

Freymuth (de Dantzig) rapporte (*Deut. med. Woch.*, 23 mai), un cas d'érysipèle de la face survenu à la suite d'injections de sérum pour une épulis sarcomateuse récidivée. La femme du malade, qui le soignait, eut un érysipèle qui débuta au niveau d'une petite ulcération qu'elle portait à la cuisse. Les conclusions de Freymuth sont cependant plus favorables au traitement par le sérum que celles de Bruns et de Petersen.

Emmerich et Scholl (*D. med. Woch.*, 30 mai) répondent à toutes ces attaques.

Ils citent quelques passages d'une lettre de Bruns, où celui-ci dit qu'il n'a pu, faute de sérum, continuer ses expériences en temps suffisant pour pouvoir juger des effets produits. De plus, le sérum envoyé à Bruns provenait d'animaux différents et avait été préparé de différentes manières ; il s'agissait d'essais qui devaient naturellement donner en partie des résultats négatifs.

Quant aux symptômes graves d'intoxication que Bruns rapporte, Emmerich et Scholl ne les ont jamais observés : une légère augmentation de température, quelques douleurs; c'est tout ce que produisaient les plus fortes réactions. Cette absence de symptômes fâcheux tient à ce que, dans leurs essais, ils ont toujours employé du sérum soigneusement stérilisé et vérifié par les cultures. Les graves symptômes observés par Bruns tiennent à ce que le sérum qu'il a employé a été contaminé secondairement. De même, dans le cas de Freymuth, le sérum représente un excellent terrain de culture pour les bactéries, il ne peut être manié qu'avec les précautions de la plus minutieuse asepsie. Une autre cause de ces symptômes extraordinairement graves rapportés par Bruns — dyspnée, cyanose — tient à ce que, non seulement on a employé du sérum impur, mais à ce que l'injection a été faite dans le torrent circulatoire. Donc, deux points principaux à observer : 1° sérum parfaitement stérile (dorénavant Emmerich et Scholl ajouteront une petite quantité d'acide phénique au sérum destiné aux médecins); 2° injection sous-cutanée. En observant ces deux précautions, on n'aura jamais de suites fâcheuses.

Enfin, pour ce qui concerne l'opération (extirpation), les auteurs rappellent que la sérothérapie ne doit pas la remplacer, mais qu'elle n'est qu'un adjuvant du traitement chirurgical.

Opération des varices des jambes, d'après Trendelenburg,

par le Dr G. Perthes (*Deuts. med. Wochens.*, 16-1895.)

Comme les recherches de Trendelenburg l'ont montré dans la formation et l'accroissement des varices des jambes, ce qui entre en première ligne, ce n'est pas la difficulté qu'éprouve le sang à circuler dans ces veines, mais bien la pression de la colonne sanguine amassée plus haut, c'est-à-dire dans la veine saphène, colonne dont le poids, par suite de l'insuffisance des valvules, se reporte sur les divisions veineuses périphériques.

C'est sur cette idée qu'est basé le procédé de Trendelenburg, la ligature de la veine saphène à la partie supérieure de la cuisse. Perthes, sur 41 cas ainsi opérés, a 32 guérisons définitives. Il y a eu quelques récidives, dues à ce que la veine redevenait perméable quelque temps après la ligature : aussi l'auteur recommande-t-il de réséquer quelques centimètres du vaisseau. Les succès, dus à cette méthode, sont remarquables aussi bien au point de vue de l'état local qu'au point de vue de la disparition des douleurs. Des ulcères variqueux furent aussi notablement améliorés en peu de temps par la ligature de la saphène. Ce procédé, qui a, sur l'extirpation des varices (Madelung) l'avantage d'une plus grande facilité, paraît très recommandable.

Traitement des inflammations phlegmoneuses avec des pansements continus à l'alcool, par le Dr Salzwedel (*Deuts. milit. arzt. Zeits*, XXIII.)

Ces pansements, dans les légères inflammations phlegmoneuses, amèneraient une régression facile ; dans les cas plus graves, provoqueraient rapidement la formation d'un abcès bien circonscrit rempli de pus épais. Il faut employer l'alcool à 60° et 90°.

La peau de la région enflammée est purifiée à l'éther. S'il existe une plaie, on la couvre de poudre d'iodoforme, puis on applique une couche épaisse, régulière de ouate imbibée d'alcool, par-dessus un imperméable, que l'on aura soin de percer de trous ou de découper en bandes, de manière à permettre l'évaporation et à empêcher que l'alcool n'agisse comme caustique. Le pansement reste en place vingt-quatre heure ; il sera continué quelques jours encore après disparition de toute tuméfaction.

ITALIE

Résection intestinale chez un enfant.

Ruggi (*Riforma med.*) cite une observation qui montre combien il est parfois nécessaire d'intervenir souvent, et à quelles grandes opérations on est parfois forcé d'avoir recours dans la pratique

de la chirurgie abdominale. Le fait, que nous allons rapporter, montre aussi qu'on peut arriver, en agissant de la sorte, à avoir raison d'accidents très sérieux, et qu'on peut en obtenir la guérison complète. Il s'agit d'un enfant de huit ans, qui, après un traumatisme de l'abdomen, alors que la guérison semblait s'être faite d'une façon définitive, présenta des phénomènes de sténose intestinale. L'auteur intervint aussitôt et trouva des brides qui étranglaient l'organe ; il s'empressa de les sectionner. En même temps, il y avait des adhérences, que Ruggi put également détacher. La sténose intestinale semblait donc traitée d'une façon radicale, et tout portait à croire qu'il en était ainsi, car le doigt introduit dans l'intestin, en le repoussant comme un doigt de gant sans l'ouvrir, montrait que le calibre était rétabli.

Cependant, sept jours après cette première opération, l'enfant eut, de nouveau, de la sténose intestinale. Voyant qu'elle ne cédait pas aux moyens médicaux, Ruggi se décida à intervenir une seconde fois. Cette seconde laparotomie montra qu'il y avait bien absence de brides, mais elle fit voir aussi que la sténose intestinale était cette fois attribuable à un aplatissement de l'anse intestinale qu'on avait dégagée la première fois. Il fallut donc faire une entérectomie.

Onze jours plus tard, l'enfant eut encore des phénomènes de sténose. Une nouvelle laparotomie s'imposait donc une troisième fois. A l'ouverture de l'abdomen, Ruggi constata qu'il existait, autour même des points où l'entérectomie avait été faite, un paquet formé par des adhérences très serrées.

L'auteur essaya de les détacher, mais, devant son impuissance, il se vit dans la nécessité d'enlever tout le petit paquet intestinal constitué par l'agglutinement des anses intestinales qu'unissaient les adhérences. Ce paquet intestinal se composait d'une portion d'intestin, longue de 3 mètres 30 centimètres, et celle-ci était prise sur l'extrémité de l'iléon. Après cette troisième opération, l'enfant n'eut plus de sténose intestinale, et la guérison fut complète.

Ce fait prouve non seulement la difficulté qu'il y a à se rendre maître de certaines adhérences pathologiques, mais il montre aussi avec quelle rapidité se font les néoformations fibro-vasculaires dans l'intérieur du péritoine. En général, il est vrai, ces phénomènes d'occlusion intestinale surviennent spontanément, ou au cours de péritonites chroniques, et non pas après des traumatismes. D'ailleurs, le fait de Ruggi ne tire de cette observation que plus de valeur. De plus, il soulève indirectement la question de savoir si l'intervention précoce, dans le cas de traumatisme abdominal, est capable d'empêcher ces graves complications. On peut dire à ce propos que, dans le cas en question, malgré les premières laparotomies, il se reproduisit des adhérences assez puissantes pour nécessiter la résection des anses intestinales sur lesquelles elles avaient porté. Mais il est juste de dire aussi que les premiers phénomènes de sténose ne se sont montrés, chez le malade de Ruggi, que bien après le traumatisme, et que, par conséquent, ce n'est qu'un mois après l'accident que la première intervention s'imposa, une fois que l'enfant paraissait absolument guéri de l'accident lui-même.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 10 juillet. — Présidence de M. Théophile Anger.

Du traitement de l'appendicite aiguë.

M. Monod. — Avant d'entrer dans le détail des observations d'appendicite que je possède, et avant de vous exposer les idées personnelles qu'a fait naître en moi l'étude attentive de ces observations, permettez-moi de vous présenter la pièce que voici : c'est un appendice iléo-cæcal réséqué à froid dans un cas d'appendicite à rechutes.

Mais ce cas n'entre pas dans la statistique que je veux vous présenter. Sur 41 cas d'appendicite observés par moi je dois, en effet, éliminer 4 cas d'appendices réséqués à froid et qui sortent du cadre de l'appendicite aiguë que nous traitons en ce moment. J'éliminerai également cinq cas que je n'ai pas opérés.

Ainsi donc, je me suis trouvé 32 fois avoir maille à partir avec l'appendice enflammé. Mais, quelque gros que puisse paraître le nombre de mes opérations, je me défends néanmoins de vouloir me poser ici en opérateur absolu. Je veux simplement dire quelques mots qui seront autant d'enseignements de ma pratique.

Et d'abord, si je considère quel était le sexe de mes opérés, je rencontre 23 hommes contre 14 femmes, c'est-à-dire que les hommes sont plus atteints que les femmes par l'appendicite, mais qu'ils le sont cependant moins dans ma statistique que dans celle rapportée dans le livre de Talamon où le pourcentage est de 80 pour les hommes et de 20 pour les femmes.

Si, d'autre part, je considère l'âge de mes opérés, je vois que les sujets adultes ont été le plus fréquemment pris. J'ai seulement 8 cas au-dessous de 15 ans, dont 4 garçons et 4 filles. Le plus jeune de mes opérés avait 4 ans et demi, le plus âgé avait 55 ans.

Au point de vue de l'évolution clinique de l'appendicite, j'insisterai d'abord sur le début que l'on dit être constamment brusque et brutal. Ce n'est pas tout à fait vrai. J'ai vu l'appendicite débuter d'une façon très brusque dans 17 cas ; je l'ai vue s'installer insidieusement dans 20 cas. Néanmoins, de même que lorsque le début de l'appendicite a été lent et insidieux, les phénomènes aigus et brusques peuvent soudain se montrer, de même l'orage du début peut disparaître et se calmer soudain.

Je ne dirai rien des coliques appendiculaires, de leur caractère de douleur sourde et de leur siège dans la fosse iliaque droite. Cependant, deux ou trois fois, j'ai observé, non plus des coliques appendiculaires, mais de véritables coliques hépatiques sans ictère. Dans une précédente communication, d'ailleurs, j'ai déjà insisté sur les vomissements bilieux fréquents au début de l'appendicite bien différente des vomissements porracés de la fin de la maladie qui marquent l'envahissement du péritoine par le pus.

Quant à la fièvre. au cours de l'appendicite, je m'empresse de dire que je l'ai trouvée très irrégulière, qu'elle a même manqué quelquefois, mais que, dans aucun cas, elle ne s'est présentée avec une forme cyclique. Toutefois, de ce que, dans certains cas, l'appendicite ait paru évoluer sans fièvre, il ne faut pas se hâter d'en conclure que la fièvre était absente. Je pourrais vous citer quelques-unes de mes observations ayant trait à des malades que l'on m'a amenés en me disant qu'ils ne semblaient jamais avoir eu de poussées fébriles et chez lesquels j'ai cru devoir m'abstenir momentanément. Or, lorsque le thermomètre a révélé chez eux des élévations de la température, il était, cette fois-ci, trop tard pour intervenir avec efficacité. Mon opinion est donc qu'il faut surveiller de très près les malades soupçonnés d'appendicite au point de vue thermique. Il faut, non se contenter de prendre leur température matin et soir, mais la prendre dans le courant de la journée et de la nuit ; il faut, pour ainsi dire, surprendre chez eux les poussées fébriles. La marche de la température parfaitement et exactement connue peut être un signe précieux au point de vue du diagnostic de l'intervention. Encore faut-il savoir que, certaines fois, on a vu la perforation de l'appendice entraîner la péritonite purulente sans avoir jamais provoqué la moindre élévation de température. Ce sont-là, à vrai dire, les cas difficiles de l'appendicite et c'est ici qu'il est bon de tenir compte du signe de la discordance entre le pouls et la température (pouls fréquent avec température normale ou hypothermie), signe sur lequel, le premier, M. Jalaguier a insisté.

A propos de la température dans l'appendicite, je ne puis m'empêcher de vous raconter le fait suivant : une enfant souffre depuis quinze jours dans la fosse iliaque droite, sa température

s'élève régulièrement à 40°; nous sommes appelés; nous constatons, avec M. Jalaguier, qu'il existe une masse nette dans la fosse iliaque droite. Nous décidons d'opérer sur le champ. L'opération est préparée, mais, au moment de la commencer, la température est redevenue normale et nous ajournons l'intervention. Tout va bien pendant quinze jours. Pas de crise, ni de fièvre. A ce moment, la température s'élève de nouveau et nous intervenons de suite. Je me contente d'établir un simple drainage avec la gaze iodoformée au niveau de la fosse iliaque. Trois jours plus tard, du pus s'écoule par l'ouverture que j'avais créée et drainée. Vous devinez ce qui se fût passé si j'avais tardé davantage l'intervention.

Je parlais tout à l'heure du signe de la tumeur commme moyen de diagnostiquer l'appendicite. Mais ce signe est loin d'être constant. Et à ce point de vue, on pourrait, me semble-t-il, distinguer trois variétés dans la tumeur: *a*) les cas où elle est évidente et saute aux yeux; *b*) les cas où on la trouve avec quelque difficulté; *c*) les cas enfin où elle est absente quand on palpe sans chloroformisation, mais où elle se sent très bien sous le sommeil chloroformique. Il faut, en effet, songer à la contraction des muscles obliques qui nuit le plus souvent à la palpation. Aussi doit-on faire le plus grand cas, quand on ne sent pas la tumeur, de l'empâtement de la région du cæcum, de la rénitence spéciale à ce niveau et surtout de la douleur exquise que provoque la moindre pression au lieu d'élection que vous savez.

Je n'ai rien de précis à vous dire sur l'époque à laquelle j'ai fait mes interventions. Les chirurgiens, vous le savez, n'opèrent pas toujours les appendicites quand ils le jugent convenable. Cela tient à ce que les malades leur sont amenés tard, bien souvent. Je dois dire, néanmoins, que j'ai opéré 19 fois avant le treizième jour des accidents. Trois fois même j'ai opéré avant le quatrième jour, et j'ai, dans ces trois cas, trouvé du pus. Si, quand on opère tôt, le malade ne guérit pas, cela tient à ce que, tout en opérant tôt, le chirurgien a, néanmoins, opéré trop tard, c'est-à-dire après la généralisation de la péritonite.

Quant aux lésions que j'ai rencontrées, je crois inutile d'y insister. Toutefois, dans deux cas, j'ai constaté une péritonite purulente coïncidant avec un appendice lésé, mais non perforé. Le fait est curieux et mérite d'être cité. Deux fois aussi, j'ai eu affaire à une appendicite tuberculeuse.

Que faut-il faire de l'appendice vermiforme quand on opère l'appendicite? Les cas sont très variables. D'abord, on ne trouve pas toujours l'appendice. Il m'est arrivé 24 fois d'opérer sans le voir. Et, dans ces 24 cas, je me suis bien gardé d'aller à sa recherche. C'eût été, à mon sens, une conduite déplorable qui aurait détaché des adhérences péritonéales et ouvert la porte de la grande cavité péritonéale à une collection purulente qui en était restée jusque-là éloignée. Trois fois j'ai vu l'appendice et je l'ai réséqué. Cinq fois j'ai volontairement réséqué l'appendice, et l'un de ces cinq derniers opérés est mort.

Comme suites opératoires, les choses se passent d'habitude très simplement. D'abord, je draine toujours la région péricæcale au niveau de laquelle j'ai incisé. Je draine avec de la gaze iodoformée et avec un drain. La gaze est enlevée le troisième jour, le drain l'est le cinquième.

J'ai vu se produire quelquefois des fistules stercorales, elles ont toujours parfaitement guéri.

En dernier lieu, voici mes résultats opératoires: neuf morts, vingt-trois guérisons. Mes neuf décès se répartissent ainsi: quatre fois j'ai opéré *in extremis* pour satisfaire la famille, mais convaincu d'avance de mon insuccès. Une fois le malade est mort de méningite tuberculeuse. Deux autres fois j'ai opéré trop tard. Dans une dernière opération, enfin, un foyer purulent siégeant dans le petit bassin était passé inaperçu. Mes vingt-trois guérisons se rapportent à des cas que je puis classer de la façon suivante: il y a d'abord un premier groupe de faits *faciles* où l'indication d'opérer s'imposait à première vue; il y a ensuite un second groupe de faits *difficiles* parmi lesquels je range les appendicites à rechutes où une défervescence de la température se produit soudain pour faire bientôt place à de nouveaux accès. Si, dans ces cas, la moindre poussée fébrile se présente, il ne faut pas attendre, mais opérer de suite.

Dans ce second groupe de faits, doivent entrer, enfin, les cas où l'on ne trouve pas de tuméfaction, où l'on peut douter même de l'existence de l'appendicite. C'est alors qu'il importera de se rappeler le mode de début, la marche de la température, la douleur exquise au point d'élection. Cela suffit pour indiquer la nécessité de l'intervention, contrairement à l'opinion de nos collègues de la Société médicale des hôpitaux qui pensent que de telles appendicites peuvent guérir sans opération.

Hématométrite, double hémato-salpinx consécutifs à une amputation du col, laparotomie; pyométrite, hystérectomie vaginale; phénomènes infectieux, injections antistreptococciques, guérison.

M. Pozzi lit l'observation d'une malade de son service, anciennement opérée pour amputation du col de l'utérus, chez laquelle il porta le diagnostic d'hématométrite et d'hématosalpinx double consécutifs à une opération mal faite, après laquelle l'orifice vaginal de l'utérus avait été oblitéré. Cette malade encore jeune était réglée, et ses produits menstruels retenus dans l'utérus étaient la cause de tous ces accidents. Devant la difficulté d'extraire par le vagin un utérus privé de son col, dit M. Pozzi, et devant la présence d'un hémato-salpinx double, j'ai fait d'abord la laparotomie et enlevé les annexes des deux côtés. Plus tard se sont montrés des accidents de pyométrite, et, ne pouvant laisser plus longtemps dans le petit bassin un utérus qui était la source de l'infection, j'ai tenté l'hystérectomie qui m'a été facilitée par l'effondrement du cul-de-sac postérieur et le renversement du corps de l'utérus dans le cul-de-sac de Douglas. Mais, à la suite de l'opération, la malade a présenté des phénomènes infectieux graves. Elle a reçu trois injections du sérum antistreptococcique de M. Marmorek et aujourd'hui elle est en partie guérie.

Cette observation me conduit aux remarques suivantes:

a) L'amputation du col chez les femmes encore réglées présente les plus grands inconvénients. Je veux parler, du moins, de l'amputation *sus-vaginale*, suivie presque toujours de rétraction cicatricielle, d'oblitération de l'orifice utérin et de rétention dans l'utérus des produits de la menstruation.

Je conviens, toutefois, que l'amputation *sous-vaginale* bien faite, avec une concordance parfaite des muqueuses, ne présente pas de désavantages et peut-être tentée avec raison.

b) En second lieu, je relève la diminution des règles à la suite de ma première intervention par la laparotomie.

c) Je signale, de plus, qu'il s'est produit, à la suite de cette intervention, une évacuation spontanée du contenu utérin par suite des contractions puissantes dont l'utérus a été l'objet.

d) Je rappelle les difficultés qu'il y a d'enlever par le vagin un utérus privé de col, c'est-à-dire de point d'appui.

e) J'insiste, et c'est là le côté intéressant de mon observation, sur les accidents d'infection qui se sont produits chez ma malade, et qui ont disparu avec les injections de sérum antistreptococcique de M. Marmorek. D'ailleurs, c'était bien le streptocoque qui était cause de ces accidents, une mèche vaginale ayant, en effet, auparavant donné à M. Marmorek une culture pure de streptocoque.

M. Segond. — Je suis d'avis, comme M. Pozzi, que l'amputation du col chez les femmes encore réglées entraîne l'atrésie de l'orifice utérin. De plus, je veux insister sur l'hystérectomie vaginale faite dans ces cas de moignons utérins. C'est alors, plus que jamais, que l'uretère devient dangereux. Mais, comme M. Pozzi, j'effondre le cul de sac postérieur et je prends point d'appui sur la face postérieure du corps utérin. Je fais ainsi basculer l'utérus en arrière, et l'opération est, de ce fait, considérablement facilitée.

Un cas de cholécystoentérostomie.

M. Pierre Delbet lit une observation d'une malade atteinte d'obstruction calculeuse du cholédoque avec ictère intense, persistant et décoloration complète des matières fécales, chez laquelle il a pratiqué la cholécystoentérostomie. La malade a parfaitement guéri.

Cette observation sera l'objet d'un rapport de M. Chaput.

J. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 9 juillet.

Prophylaxie de l'alcoolisme.

M. Motet fait une communication sur la criminalité d'origine alcoolique, qui a beaucoup augmenté depuis quarante ans. Les détenus de Sainte-Pélagie se livrent en grande partie à l'usage de l'alcool. Ils s'adonnent surtout aux liqueurs de toute espèce, fabriquées avec des alcools d'industrie, dans lesquelles entrent des préparations chimiques également toxiques appelées bouquets. Ce sont là des falsifications que l'Etat doit réprimer, mais l'initiative privée doit lui venir en aide en faisant connaître aux ouvriers les dangers auxquels ils s'exposent.

M. Daremberg établit qu'on ne peut pas boire l'alcool éthylique pur qui est sans parfum, et que le bouquet des alcools est presque toujours constitué par les impuretés qu'ils contiennent. Pour l'auteur, les mesures les plus aptes à diminuer la consommation de l'alcool sont les suivantes : suppression des exemptions du droit octroyées aux bouilleurs de crû, répression inexorable de la fraude, diminution du nombre des débits de boissons, et taxation des vins contenant plus de 12°, à moins que leur provenance naturelle et française ait été constatée. Enfin, les alcools non dénaturés ne devront pas contenir plus d'un maximum d'impuretés fixé par les corps compétents, et les spiritueux qui contiendraient des proportions plus fortes ne pourront être vendus que dans les pharmacies sur ordonnance du médecin.

Autophakoscopie appliquée à la cataracte.

M. Panas lit un rapport sur un travail de M. A. Darier sur ce sujet. Il s'étend sur l'emploi de la phakoscopie par l'individu atteint de cataracte lui-même. Si le malade peut suivre les progrès de l'opacification, on peut craindre l'influence fâcheuse que cet examen continu exercera sur son moral.

Le médecin, en employant le miroir ophthalmoscopique avec forte lentille oculaire convergente de plus de vingt dioptries, arrive à reconnaître les moindres opacités de cristallin

J. P.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 5 juillet.

Angine non diphtérique traitée par le sérum. Mort.

MM. Moizard et **Bouchard** rappellent d'abord les excellents résultats de la sérothérapie, la mortalité de la diphtérie oscillant entre 8 et 14 0/0. Les accidents du sérum sont d'ordinaire sans gravité : éruptions cutanées polymorphes, arthropathies passagères, signalées d'abord par M. Moizard, accompagnées le plus souvent de fièvre légère. Quelquefois cependant la fièvre est plus forte et il s'y joint de l'agitation, du délire et des troubles urinaires : albuminurie et dans des cas rares anurie. (Cas rapporté par Thibierge, *Revue des Maladies de l'Enfance*, mai 1895.) Le cas de M. Thibierge fut particulièrement grave et prolongé.

Il s'agit là d'une intoxication, laissant à sa suite une faiblesse extrême, avec phosphaturie abondante. M. Moizard a constaté chez un enfant injecté pour une angine non diphtérique du gonflement du foie et de la rate. Dans les cas observés jusque-là par M. Moizard, la guérison était toujours survenue et deux cas cependant avaient paru particulièrement menaçants.

MM. Guinon et Ronffilange avaient déjà publié un cas mortel (*Revue des Maladies de l'Enfance*, janvier 1895). Dans ce cas l'examen bactériologique de la gorge n'a pas été pratiqué. L'enfant, âgé de trois ans, reçut quarante centimètres cubes de sérum en quatre fois, du 15 au 20 décembre. Après chaque injection, diminution des urines et anurie ; le rein se fermait. Le 22 décembre, l'enfant succomba à des convulsions toniques et cloniques suivies de coma. M. Guinon conclut que dans les cas où les reins se ferment sous l'influence d'une néphrite intense, qu'elle soit due à l'intoxication diphtérique ou à l'infection à streptocoques, il est dangereux de les surcharger en les obligeant à éliminer des poisons nouveaux comme ceux que contient le sérum.

Enfin, M. Moizard vient d'observer, avec le Dr Bouchard, un cas également terminé par la mort.

Il s'agit d'une fille de six ans dont la sœur, atteinte d'angine diphtérique légère, vérifiée par l'examen bactériologique, avait guéri, à la suite d'une injection de sérum de 10 centimètres cubes, en avril 1895.

Le 30 avril, l'enfant, sujette à des amygdalites fréquentes, est prise d'une angine d'apparence herpétique avec peu de fièvre. Le 2 mai, on peut voir sur les deux amygdales des fausses membranes d'aspect blanc-grisâtre, envahissant un peu la paroi postérieure du pharynx. En présence de cet aspect, on injecte 10 centimètres cubes de sérum, sans attendre le résultat de l'ensemencement. Ce résultat démontre qu'il ne s'agissait pas de diphtérie. Comme traitement local : collutoire salicylé, grandes irrigations nasales et buccales à l'eau boriquée. Le 5 mai, tout avait disparu et l'enfant semblait guérie. Le 6 mai, légère douleur dans l'épaule gauche qui disparaît le lendemain. Le 8 mai, au soir, six jours après l'injection, la température axillaire monte à 39° 4 ; l'enfant vomit à plusieurs reprises et il apparaît de la diarrhée très fétide (déjà notée après les injections de sérum).

Le 9 mai, même situation : 39° 4 le matin, 40° le soir. L'urine ne contient pas d'albumine. Le 10 mai, le matin, 40° 2. Langue saburrale. Haleine fétide ; pas d'albumine. Ce jour-là, M. Moizard note sur l'hypocondre gauche au point où l'injection a été pratiquée, une éruption d'urticaire qui s'étend à la moitié du ventre. Dans la soirée l'éruption se généralise, devient polymorphe, ayant les caractères de l'érythème toxique causé par le sérum. Température, le soir, 40° 5. L'urine contient un peu d'albumine. Le 11 mai, l'éruption est généralisée : 39° 8 le matin, 40° 2 le soir. Même état général ; alternatives de dépression et d'agitation. L'albumine n'a pas augmenté ; l'enfant prend d'ailleurs du lait.

Mais brusquement, le 12 mai, à cinq heures du matin, après une nuit très agitée, apparaissent des convulsions généralisées. Trois heures après le début de ces convulsions, M. Moizard trouve l'enfant dans un état comateux, les membres fréquemment agités de secousses cloniques ; les pupilles sont dilatées ; le regard fixe sans strabisme. Les mouvements respiratoires sont irréguliers, le pouls très fréquent, de plus en plus faible. L'enfant succombe à neuf heures du matin.

Pour M. Moizard, il n'y a aucun doute sur les causes de la mort de cette petite malade. Il y a là un exemple, heureusement des plus rares, de l'action des toxines du sérum sur le système nerveux central.

Il n'y a pas eu d'anurie et la quantité d'albumine constatée a été très faible. Ce n'est donc pas l'arrêt des fonctions du rein qui a été la cause des accidents.

Il s'agit là d'une sensibilité spéciale et tout à fait exceptionnelle du système nerveux aux toxines du sérum. Ceci confirme l'opinion déjà formulée par M. Moizard : « *Dans une angine douteuse, légère par conséquence, attendre, avant de pratiquer l'injection, le résultat de l'examen bactériologique.* »

M. Le Gendre. — Le sérum n'étant pas un vaccin, mais un antiseptique, ne doit pas être injecté d'une façon préventive.

Le sérum ne met pas à l'abri de certaines complications plus ou moins éloignées de la diphtérie, en particulier de l'albuminurie et des paralysies.

Un enfant atteint d'angine diphtérique (bacille de Lœffler et staphylocoques), ayant eu au début l'aspect d'une angine herpétique,reçoit une injection de sérum, puis une seconde, rendue nécessaire par la reproduction des membranes. L'angine guérit, mais quinze jours plus tard apparut une paralysie du voile du palais et bientôt se manifestèrent des symptômes bulbaires. Le trentième jour, l'enfant succomba à une syncope.

M. Bucquoy. — Ne pas faire d'injection préventive dans le cas d'angines à fausses membranes et attendre les résultats de l'ensemencement est s'exposer à arriver souvent trop tard. Je viens de le voir ces jours-ci, avec M. Hutinel, chez un enfant atteint d'une angine douteuse. L'ensemencement, pratiqué après des badigeonnages au jus de citron, n'ayant pas révélé de bacilles de Lœffler, on ne fit pas d'injection. L'état s'aggravant, un nouvel encemencement fut fait le cinquième jour. On trouva des bacilles, et on commença les injections. Il était trop tard: l'enfant mourut. Il ne faut donc pas attendre les résultats de l'examen bactériologique et injecter du sérum quand, cliniquement, on a diagnostiqué la diphtérie. Je sais bien que M. Dieulafoy a montré que certaines angines à bacilles de Lœffler n'ont pas l'aspect clinique des angines diphtériques. Mais ces angines à aspect herpétique ou autre sont rares. D'une façon générale avec les seules données de la clinique un médecin est suffisamment armé pour savoir dans la majorité des cas si une angine pseudo-membraneuse est de nature diphtérique.

M. Le Gendre. — L'application antérieure d'un topique rend souvent l'ensemencement négatif; aussi doit-on conseiller aux médecins de s'abstenir de tout topique avant d'avoir fait un ensemencement.

Quand on connaîtra le résultat de l'ensemencement, on fera, s'il y a lieu, l'injection de sérum, mais pas avant.

M. Gaucher tire de ces faits trois conclusions :

1° Il y a des angines bénignes herpétiformes ou autres qui n'ont pas l'aspect d'angines diphtériques et renferment cependant le bacille de Lœffler; il y en a d'autres très graves, nettement pseudo-membraneuses, qui ne le contiennent pas;

2° Le sérum n'a d'action que sur les membranes contenant du bacille de Lœffler;

3° Le sérum est dangereux.

M. Gaucher ne peut considérer la diphtérie comme fonction du seul bacille de Lœffler, et il continuera à considérer, au nom de la clinique, comme diphtéritiques les grosses angines à plaques blanches et non diphtériques, celles qui n'en ont pas l'aspect, dût-on démontrer la présence du bacille de Lœffler dans les secondes et son absence dans les premières.

M. Moizard rappelle que les angines d'apparence la plus bénigne peuvent être suivies de croup.

Suppuration amicrobienne.

MM. Roger et **Bonnet.** — Il semble démontré actuellement que le pus devient stérile dans tout foyer ancien, ne communiquant pas avec l'extérieur. Les microbes d'abord virulents s'atténuent, puis succombent et finissent par être complètement dissous. Cependant, les accidents ne sont pas encore conjurés, comme le prouve le fait suivant.

Un homme entre dans notre service pour des douleurs au niveau de l'hypocondre gauche et des accès fébriles revenant tous les soirs et s'accompagnant des trois stades classiques de la fièvre intermittente. On trouve dans le flanc gauche une grosse tumeur que l'on prend pour une rate hypertrophiée, et l'on pense à du paludisme. La quinine reste sans effet et le diagnostic était hésitant quand, trois semaines après son entrée, le malade rendit une grande quantité de pus par l'urine. M. Tuffier, appelé aussitôt, jugea l'intervention chirurgicale nécessaire, et pratiqua, dans la région lombaire, une incision qui donna issue à deux litres d'un pus épais, rougeâtre, fétide; au fond de la plaie, on aperçut le rein qui paraissait normal; on porta donc le diagnostic de phlegmon péri-néphrétique ouvert dans le bassinet. A la suite de l'opération, il n'y eut plus d'accès fébriles et le malade guérit rapidement.

L'examen microscopique du pus ne révéla aucun microbe; les cultures furent négatives; l'inoculation aux animaux ne produisit aucun trouble. Il s'agissait donc d'une suppuration amicrobienne, c'est-à-dire dont les microbes avaient été détruits. Néanmoins le foyer continuait à s'accroître et tendait à s'ouvrir dans les organes voisins; il déterminait de vives douleurs et provoquait une fièvre intermittente, absolument comme le font les suppurations fertiles. Il est donc impossible actuellement de savoir si les agents pyogènes sont encore vivants ou s'ils ont été détruits. Au point de vue théorique, ce fait établit, une fois de plus, le rôle pyrétogène des produits microbiens et démontre qu'ils peuvent produire la fièvre intermittente symptomatique qu'on considère parfois comme liée au passage des bactéries dans le sang.

M. Rendu. — Ce qui paraît le plus curieux dans le fait de M. Roger, c'est que son malade a eu tous les jours des accès de fièvre. Dans les phlegmons périnéphrétiques que j'ai vus, la fièvre ne s'est montrée que tout à fait dans les derniers jours.

M. Hayem. — M. Roger pense que la stérilité du pus est secondaire, que les microbes qui existaient au début ont disparu dans la suite, pourquoi donc cette stérilité ne serait-elle pas primitive?

M. Roger. — On voit des cas où le pus est d'abord fertile (il cultive, mais les injections restent sans effet chez les animaux), d'autres cas où le pus renferme des microbes qu'on voit au microscope mais qu'on ne peut cultiver.

H. Méry.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 6 juillet.

Altérations de la lecture mentale chez les aphasiques moteurs corticaux.

MM. Déjerine et **Mirallié.** — Le mot est altéré chez les aphasiques moteurs corticaux; c'est de là que dépend l'agraphie, et c'est ainsi de même qu'on explique les troubles de la lecture mentale.

Il faut d'ailleurs l'emploi de plusieurs procédés pour bien étudier la lecture chez les aphasiques. Ces procédés permettent de conclure que les aphasiques moteurs corticaux ont très fréquemment des troubles plus ou moins marqués de la lecture mentale. Ils ne reconnaissent pas les phrases; les mots isolés, les lettres isolées peuvent même leur échapper. Quand il y a amélioration de l'aphasie, il y a faculté de comprendre de nouveau l'imprimé et le manuscrit. Il n'y a guère de rapports d'autre part entre le degré de l'aphasie motrice et l'alexie. L'aphasie motrice cortiale n'entraîne jamais la surdité verbale.

Nous ne croyons pas dans ces conditions qu'il existe des centres autonomes indépendants, correspondant chacun à une des modalités du langage. La zône du langage, qui occupe le pied de la troisième circonvolution frontale, le pli courbe et la circonvolution d'enceinte de la scissure de Sylvius, comprend des centres secondaires réunis par des faisceaux d'association. Toute lésion d'un point de cette zône entraîne dans le langage intérieur une altération de la notion du mot, variable comme forme selon le centre secondaire détruit. En même temps l'on peut dire qu'un centre résiste d'autant mieux qu'il est plus ancien dans son développement. C'est pourquoi l'écriture, qui est le dernier mode du langage appris par l'éducation, est altérée dans toutes les formes d'aphasie corticale.

Troubles latents de la lecture mentale chez les aphasiques moteurs corticaux.

MM. Thomas et **Ch. Roux**. — Il existe des troubles latents de la lecture mentale qu'on ne dépiste pas au premier abord, chez certains aphasiques moteurs corticaux, et qu'on arrive à reconnaître par comparaison avec des sujets sains. Ainsi ces malades connaissant toutes les lettres d'un mot ne sont pas capables de reconstituer ce dernier.

En outre, l'aphasique moteur cortical qui recommence à lire recouvre les différents éléments de la lecture mentale dans un ordre donné. C'est d'abord le dessin du mot, puis l'association des syllabes qui forment le mot, ensuite l'association des lettres qui forment la syllabe ou le mot, et enfin la synthèse du mot. On voit facilement que l'enfant qui apprend à lire suit un ordre précisément inverse.

De la tuberculose humaine traitée par le sérum de chèvre inoculée par la tuberculine.

M. Boinet (de Marseille). — En 1894, mes expériences m'ont démontré l'action empêchante contre la tuberculose humaine du sérum de sang de chèvre inoculée avec de la tuberculine. Aussi ai-je traité des tuberculeux par des injections de ce sérum à doses de 2 à 4 c. c.

Au début de l'année 1895, j'ai inoculé un cobaye avec des tubercules miliaires du poumon humain; au bout de deux mois, il mourut de granulie. En même temps trois autres cobayes recevaient la même quantité de tubercules humains, après avoir été au préalable immunisés par 6 à 16 c. c. de sérum de chèvre. Ils ont résisté, et même les femelles ont fait des petits.

Cette nouvelle série d'expériences me permettait donc d'employer encore ce sérum pour le traitement de la tuberculose humaine. Si la tuberculose est lente, torpide, apyrétique, on obtient d'assez bons résultats. Mais si la tuberculose est à la période des cavernes, ces injections n'ont pas d'action ; elles deviennent nuisibles si la tuberculose a une marche aiguë, et se traduit par de la fièvre, des hémoptysies avec poussées aiguës.

Hypnose chez les grenouilles.

M. Gley. — Les jeunes grenouilles, surtout si elles sont affaiblies et malades, tombent facilement dans l'hypnose, si on les tient dans la main pendant à peu près une minute. Elles sont alors dans un état cataleptique accompagné de contractures et d'une diminution marquée de la sensibilité. Le cœur peut même se ralentir et s'arrêter.

De certains effets de l'isolement de la moelle.

MM. Tissot et **Contejean**. — Chez un chien choréique et préalablement trachéotomisé, ayant déjà subi la décortication de la zône motrice gauche, nous avons fait une section occipito-atloïdienne de la moelle. Après cette manœuvre, les tics ont beaucoup diminué dans les quatre membres. Puis nous avons fait une section lombaire de la moelle. Les tics à ce moment ont définitivement et absolument cessé.

Bacille pathogène pour le règne animal et végétal.

M. Ostrowsky. — J'ai étudié avec M. Charrin un bacille rencontré dans les sarments aoûtés par M. Viala. Il produit sur la vigne la maladie appelée brunissement du sarment, dans laquelle un liquide pigmentaire vient teindre les diverses couches. Ce microbe a la forme d'un bâtonnet ; il se cultive sur agar et gélatine, mais pas dans le bouillon.

D'autre part, inoculé au lapin, il provoque un peu de fièvre, de l'albuminurie, de l'amaigrissement et même la mort avec abcès de la rate et du foie.

Voici donc un microbe pathogène à la fois pour le règne animal et le règne végétal, ce qui est fort important pour la question de l'habitat des microbes et pour les modes de contagion.

MM. Charrin, Richet et Cadiot ont déjà montré des faits analogues. Nous savons, en effet, que les parasites infectieux de l'homme peuvent se retrouver actifs chez les poissons et chez de nombreux animaux domestiques qui vivent autour de nous.

M. Féré fait connaître des résultats d'expériences instituées dans le but de montrer la dissemblance dans l'hérédité tératologique.

J. P.

ACTES DE LA FACULTÉ

DU 15 AU 20 JUILLET 1895

EXAMENS

Lundi 15 juillet, à 9 heures. — 5e (1re partie), Chirurgie, Pitié : MM. Berger, Reclus, Humbert. — 5e (2e partie), Pitié : MM. Laboulbene, Chauffard, Gaucher. — 5e (1re partie), Chirurgie, Necker (1re série) : MM. Guyon, Brun, Albarran. — 5e (1re partie), Chirurgie, Necker (2e série) : MM. Le Dentu, Schwartz, Nélaton. — 5e (2e partie), Necker : MM. Dieulafoy, Grancher, Marfan.

A 1 heure. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Tillaux, Monod, Lejars. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Terrier, Ricard, Tuffier. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu : MM. Potain, Landouzy, Letulle. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Reclus, Varnier.

Mardi 16 juillet, à 9 heures. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Duplay, Monod, Tuffier. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Panas, Polaillon, Lejars. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu : MM. Cornil, Proust, Déjerine.

A 1 heure. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité (1re série) : MM. Guyon, Humbert, Brun. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité (2e série) : MM. Le Dentu, Bouilly, Albarran. — 5e (2e partie), Charité : MM. Debove, Dieulafoy. Letulle. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique d'Accouchements, rue d'Assas : MM. Tarnier, Maygrier. Bar.

Mercredi 17 juillet, à 9 heures. — 5e (1re partie), Chirurgie, Pitié MM. Berger, Jalaguier, Humbert. — 5e (2e partie), Pitié : MM. Hallopeau, Chantemesse, Ménétrier. — 5e (1re partie), Chirurgie, Necker : MM. Guyon, Brun, Remy. — 5e (2e partie), Necker : MM. Dieulafoy, Debove, Marfan.

Jeudi 18 juillet, à 9 heures. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique d'Accouchements, rue d'Assas : MM. Tarnier, Maygrier, Bar.

Vendredi 19 juillet, à 9 heures. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Hayem, Chantemesse, Ménétrier. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Straus, Gilbert, Charrin.

A 1 heure. — 5e (2e partie), Charité (2e série) : MM. Grancher, Brissaud, Letulle. — 5e (2e partie), Charité (2e série) : MM. Landouzy, Chauffard, Gaucher. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Marchand, Varnier.

Samedi 20 juillet, à 1 heure. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Debove, Ballet, Roger. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Joffroy, Marfan, Letulle. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique d'Accouchements, rue d'Assas : MM. Tarnier, Maygrier, Bar.

OFFICIAT

Mercredi 17 juillet, à 1 heure. — 3e (Fin d'année), Necker : MM. Le Dentu, Grancher, Varnier.

THÈSES

Mercredi 17 juillet, à 1 heure. — *M. Vannier* : Amyotrophie Charcot-Marie chez l'adulte (MM. Potain, Straus, Chauffard, Netter). — *M. Buquin* : La médication thyroïdienne dans l'obésité (MM. Potain, Straus, Chauffard, Netter). — *M. Bourguignon* : Des crises gastriques dans le tabes (MM. Straus, Potain, Chauffard, Netter). — *M. Lévy* : Contribution à l'étude de l'érythème noueux (MM. Straus, Potain, Chauffard, Netter). — *M. Patin* : Etude sur les symptômes de début de la tuberculose pulmonaire (du liséré gingival) (MM. Hayem, Terrier, Jalaguier, Déjerine). — *M. Le Boule* : Des tumeurs de la paroi extérieure de l'aisselle (MM. Terrier, Hayem, Jalagnier, Déjerine). — *M. Laborde* : (MM. Pinard, Gariel, Lejars, Weiss). — *M. Weill* : Le courant continu en gynecologie (MM. Gariel, Pinard. Lejars, Weiss). — *M. Trouchaud* : Contribution à l'étude des manifestations cutanées de l'intolérance iodique (MM. Fournier, Landouzy, Brissaud, Gaucher). — *M. Monestié* : De l'actinomycose cutanée (MM. Fournier, Landouzy, Brissaud, Gaucher). — *M. Foubard* : Etude

sur le traitement des lupus des membres et en particulier des lupus verruqueux par le raclage et l'ablation au bistouri (MM. Fournier, Landouzy, Brissaud, Gaucher). — *M. Saint-Pé* : De l'œdème dit cachectique chez les phtisiques (MM. Landouzy, Fournier, Brissaud, Gaucher). — *M. Desgranges* : Etude des sarcômes kystiques de la mamelle (MM. Tillaux, Delbet, Tuffier, Lejars). — *M. Caillaud* : Contribution à l'étude des pseudo-coliques néphrétiques (MM. Tillaux, Delbet, Tuffier, Gley). — *Mlle Podobedoff* : Résultats éloignés de l'opération de Schrœder (MM. Tillaux, Delbet, Tuffier, Gley). — *M. Gellé* : Des pressions centripètes (épreuve de Gellé); étude de séméiologie auriculaire (MM. Tillaux, Delbet, Tuffier, Gley).

Jeudi 18 juillet, à 1 heure. — *M. Moundlic* : Du délire hypocondriaque chez les épileptiques (MM. Brouardel, Joffroy, Ballet, Charrin). — *M. Lecerf* : Essai sur la symptomatologie de la morphinomanie (MM. Joffroy, Brouardel, Ballet, Charrin). — *M. Guertin* : Essai sur le rôle de l'infection dans les maladies du système nerveux central (MM. Laboulbène, Grancher, Letulle, Gilbert). — *M. Bonnet* : Contribution à l'étude de la leucocythémie chez l'enfant (MM. Grancher, Laboulbène, Letulle, Gilbert), — *M. Bienfait* : Contribution à l'étude du traitement des vomissements incoercibles (MM. Tarnier, Dieulafoy, Hallopeau, Nélaton). — *M. Chaudebois*: Des injections intraparenchymateuses du poumon dans le cas de tuberculose pulmonaire (MM. Dieulafoy, Tarnier, Hallopeau, Nélaton). — *M. Detchart* : Traitement du rhumatisme blennorrhagique et en particulier par les injections et les frictions mercurielles (MM. Dieulafoy, Tarnier. Hallopeau, Nélaton). — *M. Sanchez* : Contribution à l'étude clinique des pseudoplasmes de l'orbite (MM. Panas, Proust, Brun, Netter). — *M. Sourdille* : La kératite filamenteuse (MM. Panas, Proust, Brun, Netter). — *Mlle Eleneff* : Manifestations oculaires de la syphilis cérébrale (MM. Panas, Proust, Brun, Netter). — *M. Wassermann* : Epithélioma primitif de l'urèthre (MM. Guyon, Bouilly, Humbert, Albarran). — *M. Michon* : Valeur thérapeutique de l'incision hypogastrique de la vessie (MM. Guyon, Bouilly, Humbert, Albarran). — *M. Perrion* : Contribution au traitement de l'hydrocèle vaginale par l'injection d'une solution de chlorure de zinc (MM. Guyon, Bouilly, Humbert, Albarran). — *M. Poirrier* : Exostoses ostéogéniques de la voûte du crâne (MM. Le Dentu, Berger, Schwartz, Rémy). — *M. Legras de Grandcourt* : Etude et diagnostic des fausses cystites (MM. Le Dentu, Berger, Schwartz, Ménétrier). — *M. Bazor* : De la mort subite dans les fibrômes utérins (MM. Berger, Le Dentu, Schwartz, Ménétrier). — *M. Gauthier* : Des larges excisions de tissu adipeux dans l'obésité (MM. Berger, Le Dentu, Schwartz, Ménétrier).

Vendredi 19 juillet, à 1 heure. — *M. Boudeau* : Le trional; son action hypnotique (MM. Potain, Straus, Déjerine, Ricard). — *M. de Goyon* : Des indications thérapeutiques du régime lacté (MM. Straus, Potain, Déjerine, Ricard). — *M. Aupinel* : Considérations sur le processus curatif spontané de la tuberculose pulmonaire (MM. Straus, Potain, Déjerine, Ricard). — *M. Laurent Bernard* : La suture de la cornée dans l'extraction de la cataracte (MM. Straus, Potain, Déjerine, Ricard).

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

HOPITAUX DE PARIS

Concours de prosectorat.

Le jury est provisoirement composé de MM. Quénu, Duplay, Lannelongue, Campenon, Farabeuf, Galliard, H. Gomhault.

Hospice des Enfants-Assistés.

Le Conseil municipal vient de décider qu'il sera créé audit hospice un pavillon de 20 lits annexé à la consultation médicale. Dans ce pavillon, on recevra les enfants qui se présenteront à ladite consultation et dont l'état de santé exigera l'hospitalisation immédiate.

Concours des hôpitaux (médecine).

Ce concours s'est terminé par la nomination de MM. Louis Guinon, Morel Lavallée et Dalché.

Concours des hôpitaux (chirurgie).

Quatrième épreuve (médecine opératoire). — MM. Sebileau, 29; Arron, 27; Lyot, 24; Rieffel, 26; Chevalier, 23; Faure, 29; Thiéry, 25; Morestin, 26.

Cinquième épreuve : Rétrécissements cicatriciels de l'œsophage; rétraction de l'aponévrose palmaire. — MM. Faure, 17; Sebileau, 18; Thiéry, 16; Rieffel, 19; Morestin, 15; Arrou, 17.

NOUVELLES

L'Hôpital de l'Association des Dames françaises.

On vient de poser la première pierre de l'hôpital que l'Association des Dames française fait construire à Auteuil. Il ne comprendra que 24 lits en temps normal, c'est-à-dire en temps de paix. Mais qu'une guerre survienne ou que la santé publique soit gravement menacée, il se transformera, à l'aide de tentes, en un grand hôpital de 120 lits.

Cet hôpital sera l'Ecole d'application des Dames hospitalières, comme cela a lieu en Allemagne dans chaque province.

Association de la Presse médicale.

Réunion du 28 juin 1895.

Une réunion de l'Association de la Presse médicale a eu lieu, le 28 juin dernier, à 9 heures du soir, sous la présidence de M. Cézilly.

M. le secrétaire général a donné communication d'une lettre adressée à M. le ministre du commerce par le Syndicat de la Presse périodique. Il a été décidé qu'on la ferait imprimer et qu'on en adresserait un exemplaire aux membres de l'Association. M. Cézilly a été, en outre, chargé de faire des démarches nouvelles auprès de M. le ministre, en ce qui concerne les nouveaux frais de poste occasionnés par les annonces.

M. Laborde a été désigné pour voir M. le président de la Chambre des députés, au sujet de l'entrée des journalistes médicaux à la tribune de la presse au Palais-Bourbon. M. Laborde a lu une lettre adressée à l'Association par le secrétaire général du Congrès de médecine de Bordeaux. Il est entendu avec le bureau du Congrès que l'Association est chargée de la surveillance du service de la presse à ce Congrès. Sont délégués à cet effet par l'Association : MM. Masse et Mauriac (de Bordeaux), Laborde et Marcel Baudouin (de Paris).

Le prochain dîner de l'Association de la Presse médicale aura lieu à Bordeaux le 9 août, pendant la durée des Congrès.

La sous-commission de l'affaire Laffitte s'est réunie après la séance générale pour examiner ce qu'il convenait de faire des fonds restant en caisse.

Académie de médecine.

Dans sa séance de mardi dernier, l'Académie de médecine a élu membre titulaire, dans la section de chirurgie, M. Reclus, en remplacement de M. Alphonse Guérin.

Circonscriptions sanitaires maritimes.

Le décret suivant vient d'être promulgué :

Article premier. — Le nombre, le siège et l'étendue des circonscriptions sanitaires du littoral maritime de la France, relevant des directions et agences principales, est fixé conformément au tableau joint au présent décret pour remplacer, en ce qui concerne lesdites circonscriptions, le tableau annexé au règlement susvisé du 22 février 1876.

Art. 2. — Les directeurs de la santé adressent, chaque mois, au ministère de l'intérieur un rapport faisant connaître l'état sanitaire des ports de leur circonscription et résumant les diverses informations relatives à la santé publique dans les pays étrangers en relations avec ces ports, ainsi que les mesures sanitaires auxquelles auraient été soumises les provenances desdits pays. Ce rapport est accompagné d'un état des navires ayant motivé l'application de mesures spéciales.

Ils avertissent immédiatement le ministre de tout fait grave intéressant la santé publique, soit de leur circonscription, soit des pays étrangers en relation avec celle-ci.

Art. 3. — Les dépenses du service sanitaire sont réglées annuellement, en prévision, par des budgets spéciaux préparés par les directeurs de la santé pour chacun des départements de leur circonscription et approuvés, sur l'avis des préfets, par le ministre de l'intérieur.

Aucune dépense ne peut être effectuée ni engagée en dehors de

66e Année. 9e Série. Tome II — N° 29 — 20 Juillet 1895

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : Dr **F. de RANSE** — *Rédacteur en chef :* Dr **Pierre SEBILEAU**

Secrétaire de la Rédaction : **M. Em. EMERY**

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 28, rue Vignon

TRAVAUX ORIGINAUX

Fausses cystites.

Par A. Guépin, ancien interne des hôpitaux.

I

Sous le nom de *Fausses cystites*, il faut comprendre tous les cas où les trois symptômes considérés comme pathognomoniques de l'inflammation vésicale (fréquence des mictions, douleurs en urinant, pyurie) se trouvent associés, alors que la vessie ne présente aucune altération.

On sait, depuis Morgagni, que les phénomènes d'excitation vésicale (cystite des auteurs) peuvent être provoqués par des lésions rénales. Nous ne citerons point les nombreux auteurs qui, de nouveau, ont vérifié ces observations ayant fait récemment, ici-même, l'historique sommaire de cette partie de la question (1).

Ainsi, on ne connut, pendant longtemps, que l'influence du rein malade sur la vessie saine pour y simuler la cystite, ce que, tout dernièrement, on a appelé « réflexe réno-vésical ». Mais les irritations ayant pour point de départ une région quelconque de l'uretère peuvent agir de même sur le réservoir urinaire, la colique néphrétique aiguë ou chronique par exemple, ainsi que le montrait une observation de M. Reliquet (*Union médicale*, 1870), où il s'agit d'un jeune homme soigné longtemps pour une cystite et cela sans aucun résultat, qui guérit spontanément après l'expulsion des graviers encombrant l'uretère. Dans la colique néphrétique aiguë, l'excitation douloureuse de la vessie et les troubles de l'urine sont encore plus caractéristiques.

L'étude d'un grand nombre de faits analogues montra à M. Reliquet (1) que « toutes les irritations ayant pour siège l'urèthre depuis le collet du bulbe jusqu'à la vessie, les organes annexes (prostate), les organes du voisinage, enfin les voies urinaires supérieures et le rein provoquent à la fois le spasme urétral et l'excitation vésicale ». S'il s'y joint une cause de suppuration des voies urinaires (pyonéphrose, prostatite, dont le pus reflue dans la vessie), l'ensemble symptomatique de la cystite est au complet et les nombreuses erreurs commises chaque jour prouvent que le diagnostic réel est souvent délicat.

En effet, dans ce que l'on nomme « névralgies vésicales, spasme du col, vessie irritable, contracture de la vessie, etc. », il y a nombre de fausses cystites avérées, comme le démontre la thèse que vient de faire, à notre instigation, M. P. Legras de Grandcourt (2). De même, beaucoup de cystites rebelles au traitement ne sont que de fausses cystites dont on n'a pas su reconnaître la nature et l'origine.

Si les faits très nombreux de chacune des variétés d'excitation vésico-urétrale réflexe permettaient depuis longtemps de réunir les éléments d'un travail d'ensemble, la chose n'avait pas du moins été faite et, avec M. de Grandcourt, nous avons choisi le terme de fausse cystite pour désigner d'une façon générique des exemples variables quant à leur nature et à leur origine, mais identiques au point de vue de la symptomatologie.

II

La loi générale formulée plus haut devait nécessairement fournir un plan à la thèse de M. de Grandcourt où il envisage successivement l'histoire de malades atteints de pyonéphrose, de pyélite, d'urétérite, de prostatite, de péricystite, de salpingite, etc., ayant, en même temps, du pus dans les urines, de la douleur en urinant, de la fréquence des mictions et soignés longtemps sans résultat, parfois même avec aggravation dans leurs souffrances, pour une cystite qu'ils n'avaient point. A l'appui de ce dire viennent des observations de tous les spécialistes sans distinction de pays ou d'école.

L'inefficacité du traitement habituel de la cystite et même

(1) A. Guépin : Pyonéphrose, etc., (*Gazette médicale de Paris*, 11 août 1894).

(1) Reliquet : *Leçons faites à l'Ecole pratique*, Paris, 1878.

(2) Thèse de Paris : *Etude et diagnostic des Fausses cystites*, 1895.

de certaines méthodes héroïques, comme le curettage, prouvent bien l'origine réflexe de l'excitation vésico-urétrale, quand l'incision du rein, l'expulsion d'un gravier, etc., amènent la guérison *presque immédiate*, sans qu'aucun autre moyen local ait été tenté concurremment.

On avait cru voir dans certaines modifications de la sensibilité vésicale un signe différentiel de la cystite vraie et de ce que l'on appelait la cystalgie réflexe. Mais si cette étude a pu être parfois utile pour le diagnostic, il suffit de jeter un regard sur les observations pour reconnaître combien de fois l'exploration directe du réservoir urinaire et l'étude de la sensibilité vésicale contribuaient à faire croire à l'existence d'une cystite vraie, alors que la vessie n'était point en cause. La suite des accidents, l'examen cystoscopique, la nécropsie parfois, révélaient alors une vessie saine et malade un organe plus ou moins éloigné considéré à tort comme indemne.

Aussi, pour notre part, n'acceptons-nous qu'avec méfiance ces cystites rebelles où l'endoscope n'a dénoté qu'un peu de congestion (?) de la muqueuse et dont on veut faire des cystalgie hyperhémiques.

Le diagnostic de la fausse cystite ne saurait être porté qu'après l'examen complet du malade; c'est une règle générale en clinique que souvent oublient les spécialistes. A la rigueur, l'anesthésie chloroformique pourrait être utilisée; car quand le chloroforme permet de dilater facilement une vessie contracturée et supposée malade, il faut chercher la cause de l'excitation de l'organe en dehors de son col et de sa paroi (Reliquet).

III

Si la connaissance des causes et de la fréquence des fausses cystites n'avait qu'un intérêt purement théorique, on pourrait facilement négliger leur étude. Mais l'importance nous en paraît considérable au contraire; car, non seulement en soignant une cystite qui n'existe point, on ne guérit point son malade, mais souvent on aggrave son état et toujours on néglige le traitement nécessité par les lésions réelles dont il est atteint. Aussi, nous associons-nous pleinement aux conclusions de M. de Grandcourt: le diagnostic de cystite vraie ne devra être porté qu'après avoir éliminé successivement toutes les causes de fausse cystite; le traitement devra viser la cause même des troubles urinaires, en évitant toute intervention locale irritante sur la vessie, qui pourrait provoquer une réaction inflammatoire, surtout si celle-ci se trouve dans de mauvaises conditions trophiques.

CRITIQUE MÉDICALE

Contribution à la pathogénie de l'arthritisme.

Par M. le Dr H. Cazalis.

La doctrine des diathèses a repris faveur depuis quelques années, et l'arthritisme, en particulier, a fait un chemin rapide, au point de devenir une sorte de tête de chapitre dans le grand livre de la nosologie médicale. Cette fortune est-elle méritée ? Nous en doutons, pour notre part, car la conception des diathèses n'a jamais eu à nos yeux d'autre valeur que celle d'une simple hypothèse et d'une explication essentiellement provisoire. C'est une manière de roman, si on prend ce dernier terme dans son acception véritable, c'est-à-dire si on l'applique aux œuvres d'imagination pure, à celles qui nous transportent loin du monde réel pour nous jeter dans un milieu factice, tout de convention et d'apprêt. En fait, ceux qui scrutent sans parti pris les fondements de cette doctrine n'y trouvent guère autre chose. C'est comme une de ces figures aériennes, nées dans le brouillard, qui s'évanouissent et s'effondrent dès que l'on cherche à en matérialiser la forme et à en préciser les contours. L'arthritisme, surtout, justifie assez bien cette comparaison, car il est devenu, par suite du besoin de généralisation qui tourmente certains esprits, le *caput mortuum* de toutes les choses inexpliquées, une sorte de diathèse à tout faire qui, devant répondre à tout, ne peut réellement s'adapter à rien, et laisse toujours place à la critique et au doute. Or, c'est là, selon nous, une preuve de son infériorité, puisqu'on ne peut satisfaire avec lui ce besoin de certitude qui est l'honneur de la médecine contemporaine.

Cependant, il y a dans la notion des diathèses en général, un côté philosophique et doctrinal qui est bien fait pour séduire certains esprits et qui explique ces retours périodiques de fortune en sa faveur. La petite brochure de M. Cazalis a été inspirée sans doute par un sentiment de ce genre. En tous cas, l'auteur y fait preuve d'une sincérité et d'une conviction qui commandent réellement l'attention. Cherchant à définir l'arthritisme, il s'adresse résolument à l'anatomie générale, et il invoque une viciation congénitale et héréditaire de la nutrition du tissu conjonctif et de ses dérivés, qui deviennent des tissus de moindre résistance, de telle sorte que l'arthritique offre en fin de compte une vulnérabilité spéciale de son tissu conjonctif, avec tendance à l'hyperplasie et à la transformation fibreuse. On remarquera la longueur de cette définition qui vise pourtant à être exacte. C'est qu'elle repose sur une véritable pétition de principes, par suite d'un artifice de raisonnement dont l'histoire des sciences nous offre plus d'un exemple. En effet, cette vulnérabilité spéciale que l'on attribue au tissu conjonctif, on ne peut l'affirmer que d'après les altérations que l'on constate: or, ce qu'il faudrait précisément connaître, c'est le point de départ effectif de celles-ci, desideratum que la définition ne remplit pas, puisqu'elle substitue simplement l'effet à la cause, alors qu'il faudrait renverser les termes du problème et apporter une démonstration rigoureuse là où on se contente d'une affirmation pure et simple. Voilà une première objection qui montre déjà la difficulté que l'on éprouve à faire comprendre ce que c'est que l'arthritisme. Il y en a d'autres.

Vaut-il mieux, par exemple, chercher dans un trouble nutritif l'explication des désordres que l'on a groupés sous ce titre peu significatif? M. Cazalis incline un peu dans ce sens, et c'est ici pour lui un des principaux effets de la *nutrition retardante* avec ses modalités principales: l'*oligotrophie*, qui implique une diminution dans l'ensemble des mutations en un temps donné, et la *bradytrophie* (Landouzy) qui indique simplement la lenteur des métamorphoses nutritives. (Il est probable que les deux n'en font qu'une). Mais la théorie du ralentissement nutritif a, comme la précédente, le tort de renverser les termes du problème et de placer indûment l'effet avant la cause, car c'est précisément ce trouble de la nutrition qu'il faudrait

déterminer et démontrer, si on veut que la définition soit valable et qu'elle donne à l'esprit toute la satisfaction désirable. Or, qui oserait soutenir qu'elle répond à cette condition nécessaire?

Toujours au nom du même procédé de raisonnement, M. Cazalis dit qu'il existe chez nombre d'arthritiques un trouble dans l'élimination des déchets organiques et des toxines, par suite de l'altération des émonctoires naturels: et il voit dans cette affirmation un argument à l'actif de sa théorie. Un peu plus loin, il déclare, d'une manière non moins gratuite, que ces prédisposés offrent un terrain favorable au développement de certaines maladies infectieuses, comme s'il était besoin d'une prédisposition pour expliquer un fait qui se rattache presque toujours à une contagion et qui, par conséquent, est essentiellement d'ordre éventuel. Passe encore pour les maladies chroniques, et même ici on a dépassé la mesure, car, si l'on fait le dénombrement de toutes celles dont les édificateurs de l'arthritisme ont gratifié les victimes de la diathèse, on aura de quoi remplir la moitié du cadre nosologique. Le rhumatisme aigu et la goutte y figurent à côté du rhumatisme noueux, en passant par les dilatations veineuses et la rétraction de l'aponévrose palmaire. On y voit comparaître aussi les myocardites chroniques et l'emphysème, la dilatation de l'estomac et l'entéroptose, les hernies de faiblesse et les cirrhoses du foie. Entre ces maladies ou lésions si disparates, l'esprit n'aperçoit cependant aucun lien visible, aucune subordination ou solidarité même probable. M. Cazalis propose cependant une explication générale, il admet une vulnérabilité spéciale du tissu conjonctif comme point de départ et substratum commun de ces divers aboutissant de l'arthritisme. Pure hypothèse que tout cela! Ne vaudrait-il pas mieux reconnaître notre ignorance des causes supérieures qui président au développement de ces maladies, que d'ajouter une théorie fragile à toutes celles dont la médecine est déjà encombrée? Sans compter que l'arthritisme, ainsi conçu, deviendrait une sorte de fatalité morbide, une véritable condamnation sans appel pour ceux qu'il aurait frappés. La thérapeutique, cette raison suprême de l'art médical, n'aurait plus aucune action à revendiquer contre lui. On voit quelles conséquences peut engendrer une idée erronée, bien que d'apparence logique, lorsqu'on veut en tirer les dernières conséquences.

Nous concluons donc qu'il faut rejeter l'arthritisme, ainsi que la plupart des autres diathèses, ou ne l'admettre qu'avec d'expresses réserves, bien plutôt comme une conception provisoire que comme un édifice définitivement constitué. Cette conclusion, toute négative, ne nous empêchera pas de reconnaître l'intérêt du travail de M. Cazalis, qui parle réellement de son sujet, en croyant et en convaincu.

P. M.

A L'ÉTRANGER

ALLEMAGNE

Traitement de la pelvi-péritonite chronique adhésive

Par le professeur A. Martin

(Communic. à *Berl. Gesells. f. Geburtsh. und. Gynækolog.* 1894.)

Les gynécologistes sont d'accord sur la valeur du traitement médical et ils pensent que l'on ne doit intervenir qu'après avoir épuisé tous les moyens médicaux. Ils sont moins d'accord sur la valeur du traitement par le massage. Au premier enthousiasme succède une profonde déception. On ne peut nier que le massage n'ait dans quelques cas fourni de bons résultats, mais le plus souvent les effets sont peu satisfaisants; il persiste des indurations, des cicatrices, les organes restent soudés comme auparavant, des récidives se produisent. La laparotomie devient alors nécessaire et l'on trouve : atrésie des trompes, ovaires et utérus entourés d'épaisses adhérences. Dans ces cas, sans nul doute, c'est le traitement opératoire qui est indiqué, les indications en seront évidemment différentes suivant qu'il s'agira de complications inflammatoire, de néoplasmes des organes du bassin, de foyers purulents péri-utérins ou seulement d'adhérences persistantes entre les masses intestinales du bassin.

Les troubles utérins ne sont pas toujours chose principale, les lésions des annexes et des organes voisins ont souvent la plus grande importance. L'utérus et ses annexes peuvent être devenus sains à la suite du traitement, alors que le péritoine pelvien a résisté à toutes les tentatives thérapeutiques. Dans ces cas, la castration, faite pour la première fois par Hégar, est justifiée si les ovaires sont malades, sinon la castration, pas plus que l'hystérectomie, ne doit être faite; ce qu'il faut, c'est séparer les adhérences.

Cette opération doit être faite de telle manière qu'une nouvelle soudure ne puisse se reproduire. Dans ce but, Martin libère complètement le péritoine pelvien en déchirant au besoin le tissu cicatriciel : les surfaces ainsi séparées sont maintenues absolument hors de contact par la ventro-fixation de l'utérus. La séparation des adhérences doit se faire autant que possible avec la main ou bien en essuyant en quelque sorte les tissus à séparer avec une éponge molle (Spencer Wells). Dans les cas difficiles, on se sert du bistouri et des ciseaux. Ordinairement, la libération se fait avec les doigts en caressant pour ainsi dire et d'arrière en avant; parfois on est obligé de faire avec un ténotome la section « sous-cutanée » des ligaments sacro-utérins inflexibles. Si l'on a des tissus très maltraités, déchirés par ces manœuvres, on les enduit d'huile d'olive stérilisée qui empêche une nouvelle soudure rapide. On lie au catgut tout ce qui saigne.

33 malades ont été ainsi opérées, dont 26 il y a plus de 6 mois. Une mourut d'ileus; de 4 autres manquent des nouvelles sérieuses. Des 24 dont on a des nouvelles récentes, 2 ne sont ni guéries ni améliorées. Chez les 19 autres, l'utérus est mobile, en antéversion; on sent les annexes normales. Les femmes ne souffrent pas et sont capables de faire leur travail.

Résection du rectum par la voie vaginale.

M. L. Rehn (*Centralbl. für Chirurg.*, 1895, n° 10). — Bien que la méthode de Kraske ou l'incision de Wœlfler et Tuckinkanal créent une large voie pour l'enlèvement de tous les cancers du rectum qui ne sont pas extirpables (Lisfranc, Simon, Wolkmann), Rehn a, dans un cas, suivi une autre voie, la voie vaginale. Après tamponnement préalable du rectum, le vagin est séparé prudemment, à petits coups, du rectum, sur la ligne médiane, de manière à ce que celui-ci soit libéré jusqu'au sphincter externe de l'anus.

La paroi antérieure du rectum est maintenant découverte et, par là, le champ opératoire est libre. On fait le tour du rectum. On pose une ligature à l'extrémité inférieure de la portion à réséquer et l'on sectionne au-dessous de la ligature. Le bout central de l'intestin étant alors attiré vers la symphyse, on lie et l'on sectionne tous les cordons qui se tendent par cette manœuvre.

On arrive ainsi, peu à peu, à isoler toute la portion à enlever, avec ou sans ouverture du péritoine, suivant l'étendue de la tumeur. L'isolement achevé, on sectionne à la limite des parties saines et la résection est terminée. Suivant les cas, on fait la suture de l'intestin on un anus contre nature; enfin, on suture le vagin et l'intestin et l'on draine la cavité opératoire.

Dans le cas de Rehn, la malade mourut de péritonite.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 17 juillet. — Présidence de M. THÉOPHILE ANGER.

Uréthrectomie pour rétrécissement de l'urèthre pénien.

M. Reclus lit, au nom de M. Pousson (de Bordeaux), membre correspondant de la Société, l'observation suivante :

Il s'agit d'un ancien blennorrhagique, atteint d'un rétrécissement scléro-cicatriciel de l'uréthre pénien et chez lequel la sonde n° 8 ne passait pas. Le palper dénotait d'ailleurs à la face inférieure du pénis la présence d'un nodule entourant complètement le canal uréthral. Je fis l'opération le 18 février 1895. Après avoir uréthrotomisé le canal de l'uréthre, j'entourai la racine du pénis d'un lien élastique pour assurer l'hémostase ; une sonde à boule olivaire fut introduite dans l'urèthre et je pratiquai l'incision des téguments, j'arrivai sans peine sur le nodule en question. Je fus obligé de le disséquer, pour ainsi dire ; je l'enlevai et je fis ensuite une suture sous-muqueuse au catgut des deux bouts de l'uréthre ainsi divisé. Je desserrai alors le petit tube d'Esmach que j'avais appliqué sur la racine de la verge. Il y eut une légère hémorrhagie en nappe des corps caverneux qui fut arrêtée momentanément par des injections chaudes. Je fis enfin la suture de l'enveloppe des corps caverneux, puis je suturai la peau. Pendant trois jours, tout alla bien ; mais le quatrième jour, la fièvre se montra, du liquide séro-sanguinolent s'échappa par un des points de suture, un fil fut éliminé. Il y eut donc un léger degré d'infection de la plaie et pas de réunion complète par première intention. Il persista enfin une petite fistulette qui fut bientôt fermée. La sonde à demeure que j'avais mise dans l'uréthre fut enlevée le vingt-cinquième jour après l'opération.

Le 18 avril, mon opéré était dans un état satisfaisant ; on voyait à la face inférieure du pénis une cicatrice linéaire et l'on sentait un noyau induré sur le côté gauche de la paroi inférieure du canal. Le restant du canal était souple et l'on pouvait enfin passer la sonde n° 20. Dans l'érection toutefois, la verge, non pas droite comme cela doit avoir lieu normalement, décrivait une courbe à concavité inférieure, mais courbe moins prononcée, disait le malade, que celle qui s'était montrée autrefois après un traitement par l'électrolyse,

Cette observation prête aux deux considérations suivantes :

a) L'emploi de la bande élastique sur la racine de la verge pour assurer l'hémostase a favorisé la réussite de l'uréthrorraphie. Je ne saurais trop recommander son emploi en pareilles circonstances.

b) La suture de l'enveloppe des corps caverneux a fait éviter les hémorrhagies secondaires et favorisé également la réunion de la plaie. Toutefois, j'ai signalé l'infection qui s'est produite après l'opération, laquelle a déterminé la sortie d'un fil de catgut et laissé après elle un petit nodule qui persiste encore. Néanmoins les résultats obtenus, quoique imparfaits, sont satisfaisants et laissent surtout à penser que, dans ces rétrécissements cicatriciels de l'uréthre pénien, l'uréthrectomie totale est destinée à amener les meilleurs résultats, je pourrais même dire les premiers bons résultats que l'on ait jusqu'ici obtenus. En effet, il n'est rapporté dans la science que sept observations d'uréthrectomie. Je les classerai, en rappelant leurs auteurs, en deux catégories : celles de Dugar, Quénu et les miennes dans lesquelles le malade a été suivi pendant relativement peu de temps ; en second lieu, celles de Roux, Guermonprez et Guyon, où les malades ont été revus longtemps après leur opération, au point de vue de leur perméabilité uréthrale, laquelle ne laissait rien à désirer. Ce sont donc là des résultats encourageants et qui peuvent faire espérer, je le répète, que nous arriverons à traiter avec succès certains rétrécissements cicatriciels de l'urèthre pénien jusqu'ici rebelles à tous les moyens de traitement.

Quant à la technique même de l'uréthrectomie, j'en dirai peu de choses. Dans les sept observations que je vous ai signalées, on a fait trois fois la résection partielle, quatre fois la résection totale. Il faut prendre soin de faire des sutures sous-muqueuses de l'urèthre, afin de ne pas laisser de fil dans la lumière du canal. Il est enfin utile de mettre une sonde à demeure dans l'urèthre comme tous les opérateurs l'ont fait. Mais il faut la laisser peu de temps.

M. Quénu. — Je relève dans la communication de M. Pousson les deux faits suivants : *a*) M. Pousson recommande la compression de la base du pénis à l'aide d'un lien élastique. Je crois, pour ma part, inutile de compliquer ainsi l'opération et je pense que la compression digitale rendra les mêmes services que le lien élastique, si toutefois elle est nécessaire ; *b*) le procédé de suture à la soie de l'enveloppe des corps caverneux, dont M. Pousson fait un des traits originaux de son opération, est de vieille date. Je l'ai employé pour la première fois il y a quatre ans et je me garderai de me l'attribuer, car je pense bien que tous les chirurgiens auront comme moi et avant moi lutté contre l'hémorrhagie des corps caverneux, par cette suture si simple et qui s'impose à l'esprit de l'opérateur.

M. Tuffier. — L'originalité de la communication de M. Pousson est dans ce fait que M. Pousson a voulu traiter d'une manière radicale un rétrécissement de l'uréthre pénien. Nous savons, en effet, comment délivrer les malades des rétrécissements de l'urèthre périnéal. Mais nous sommes plus embarrassés quand il s'agit de l'uréthre pénien. Je pourrais vous citer, à ce sujet, le cas d'un de mes malades atteint d'un double rétrécissement de l'uréthre pénien et de l'uréthre périnéal. Le dernier *uréthrectomisé* n'a pas récidivé ; le premier *uréthrotomisé* récidive constamment. Il répond évidemment aux indications thérapeutiques qu'a données M. Pousson.

M. Schwartz. — J'ai fait, il y a un an, la résection d'un rétrécissement de l'uréthre pénien qui n'occupait qu'une portion de la paroi uréthrale. J'ai obtenu un bon résultat en dehors d'une petite fistulette qui a d'ailleurs parfaitement guéri. Je communiquerai mon observation à la Société.

Traitement de l'appendicite.

M. Tuffier. — Ce que nous disons aujourd'hui du traitement de l'appendicite n'est, à mon avis, que la répétition de ce que nous avons dit au cours de l'année dernière. Mais, toutefois, nos discussions sont justifiées par la tendance à temporiser qui ressort des discussions qui ont eu lieu, depuis, devant la Société médicale des hôpitaux.

Je me contenterai de rapporter quelques considérations qui ressortent des 32 cas d'appendicite que j'ai opérés sur les 38 que j'ai vus. Ces considérations ont trait : aux dangers de la temporisation, aux limites de l'intervention, à l'âge des sujets et aux lésions anatomiques qu'on rencontre.

Au point de vue de l'âge des malades, je ferai observer que les gens âgés sont atteints comme les jeunes sujets. J'ai vu récemment deux cas de mort rapide par appendicite d'aspect absolument semblable : l'un chez un homme de 42 ans, l'autre chez un enfant. Ces deux cas m'ont vivement frappé par leur violence et leur rapidité. Aussi en suis-je arrivé à penser qu'il faut intervenir même dans les cas qui paraissent foudroyants, car, dans les cas dont je vous parle, chez le petit enfant particulièrement, il y avait trois jours que le mal avait débuté et je suis convaincu que ce mal aurait pu être conjuré s'il avait été attaqué à temps.

Je suis d'avis donc de ne jamais temporiser et je pense qu'il faut intervenir même dans les cas de péritonite généralisée. La péritonite généralisée se voit fréquemment, surtout chez les enfants. J'ai opéré dans ces conditions un Americain, pris soudainement d'appendicite sur le paquebot qui l'amenait au Havre ; j'ai retiré de son péritoine plus de deux litres de pus. J'ai opéré de même un jeune enfant. Mes deux malades ont parfaitement guéri.

En résumé, je me pose donc en fervent partisan de l'interven-

tion dans tous les cas d'appendicite, même dans les plus graves.

Au point de vue de l'anatomie pathologique, je veux maintenant signaler la présence des abcès à distance consécutifs aux abcès péricæcaux. J'en ai observé dans deux cas. Une fois, il y avait un double abcès extrapéritonéal : l'un dans la gaîne du grand droit de l'abdomen, l'autre, au niveau de l'appendice xyphoïde. Une autre fois, il y avait un abcès sous-aponévrotique de la fosse iliaque sans communication ouverte avec l'abcès péricæcal.

Si maintenant je classe mes résultats, je vois que j'ai opéré 10 cas d'appendicite aiguë suivis quatre fois de mort. J'ai réussi toutes mes interventions pour appendicite subaiguë avec abcès. J'ai rencontré un cas d'appendicite tuberculeuse. Enfin, j'ai réséqué dix fois l'appendice. Mais, à l'exemple de M. Monod, je ne le recherche pas et je ne l'enlève que s'il se présente à mes yeux.

M. Brun. — J'ai fait cinq fois la laparotomie chez des enfants pour des appendicites ayant provoqué une péritonite grave et qui ont été suivies de mort. Je crois qu'il s'agissait, dans ces formes de péritonite, plutôt d'une septicémie péritonéale intense que d'une péritonite vulgaire comme on en voit si souvent chez les enfants. Encore dois-je faire remarquer que ces enfants avaient été auparavant dans une période opératoire où leur lésion était restée localisée et non généralisée. Opérés à ce moment-là, ils auraient pu guérir.

J'ai opéré huit appendicites enkystées qui ont guéri. Deux fois je n'ai pas vu l'appendice. Tous ces cas de péritonites enkystées sont guérissables. Il faut encore savoir, toutefois, qu'il existe des cas dans lesquels, outre l'abcès péricæcal, il y a des foyers circonscrits isolés du foyer principal. Pour découvrir ces foyers, on est bien obligé de faire quelques décollements et de séparer les anses intestinales agglutinées. C'est surtout dans la zône vésicale du péritoine que j'ai rencontré des foyers secondaires de ce genre. On ne saurait trop s'en méfier, à vrai dire, car ils peuvent être le point de départ d'une nouvelle infection péritonéale.

Je suis donc un partisan convaincu de l'intervention dans l'appendicite, et si, pour moi, après quarante-huit heures de traitement médical, on ne voit disparaître ni douleur, ni empâtement, ni fièvre, il faut intervenir. Je n'ai temporisé que deux fois, mais aux deux fois j'ai temporisé devant une disparition subite de tous les symptômes de l'appendicite qui a semblé justifier ma conduite.

M. Routier. — Je suis d'avis, par-dessus tout, qu'il faut absolument convaincre les médecins de l'utilité de l'intervention dans l'appendicite.

Pour ma part, j'ai opéré 28 cas d'appendicite et j'ai toujours trouvé des lésions. Ce sont ces lésions qui aboutissent généralement à la perforation de l'appendice. Mais l'appendice n'est pas toujours perforé, tant s'en faut, et il est à noter que les lésions de l'appendicite sont toujours d'une gravité proportionnelle au processus qui doit amener la perforation.

Dans ce sens, je reconnais quatre catégories de faits :

a) Les cas de perforation rapide, où il se produit une septicémie aiguë du péritoine et où la laparotomie ne réussit pas.

b) Les cas où la perforation est moins rapide, dans lesquels il se produit soit une péritonite septique avec peu de pus, mais un liquide brun roussâtre dans le péritoine ; soit une péritonite généralisée avec des flots de pus. Ici, l'intervention par laparotomie, faite à temps, peut donner de bons résultats.

c) Les cas où la perforation ne doit se faire qu'après plusieurs attaques d'appendicite, dans un temps plus ou moins éloigné et où se localise l'abcès péricæcal. C'est ici que l'opération donne les meilleurs résultats.

d) Les cas enfin qui se développent pour ainsi dire à froid, dans lesquels on sent une tuméfaction dans la fosse iliaque droite sans réaction thermique ni douloureuse.

Néanmoins, je crois que jamais on ne sent l'appendice quand on parle de tuméfaction dans la fosse iliaque droite. Ce que l'on sent, c'est l'abcès, ce sont les adhérences.

Il m'est arrivé souvent de diagnostiquer l'abcès péricæcal non par la tumeur, mais par la contracture de la paroi abdominale au niveau du cæcum. Cette contracture est tenace, elle résiste même sous le chloroforme et son caractère essentiel, c'est qu'elle n'existe pas du côté opposé. Donc, si un malade se présente avec tous les signes d'une péritonite généralisée et que l'on ne trouve pas la cause de cette péritonite, mais que la paroi abdominale offre de la résistance dans la fosse iliaque droite, on peut penser presque à coup sûr à une appendicite.

A côté de la contracture, la douleur à la pression est aussi un bon signe clinique de l'appendicite.

Quant à l'état général, il donne des signes moins certains. L'étude de la température est trompeuse. Toutefois la dissociation du pouls et de la température (accélération du pouls avec hyperthermie) est, comme le dit M. Jalaguier, un excellent signe avant-coureur de la péritonite généralisée.

Dans la marche de l'appendicite, il faut apporter la plus grande attention aux accalmies qui peuvent se produire. Elles sont généralement trompeuses et méritent qu'on y prenne garde.

Quant à la méthode d'opérer, je suis fort surpris que M. Monod conseille de ne pas aller à la recherche de l'appendice et du pus développé autour de lui. Pour moi, du moment que j'ai diagnostiqué un abcès péri-cæcal, je vais à la recherche de l'appendice et du pus.

Enfin, je suis d'avis d'opérer tôt les malades atteints d'appendicite et je crois que tous mes collègues sont de mon avis.

M. Quénu (*La communication de M. Quénu, dont nous donnons ici le résumé, sera rapportée* in-extenso *dans le prochain numéro de la* Gazette Médicale). — J'apporte dans cette discussion 18 cas nouveaux d'appendicite depuis les séances d'il y a trois ans. Mais je n'apporte que des cas d'appendicite aiguë. J'élimine les appendicites chroniques et les appendicites opérées à froid ; elles forment un groupe spécial qu'il n'y a pas lieu de faire entrer en ligne de compte ici. Je laisse également de côté les cas de typhlite et de masses phlegmoneuses de la fosse iliaque comme on en voit par exemple dans le diabète.

Mais je me garderai bien de vous détailler mes observations. Je veux les grouper devant vous pour en tirer ensuite les indications spéciales à chacune.

J'établis d'abord une première grande division : celle où une infection générale du péritoine succédant à une perforation rapide de l'appendice a coutume d'entraîner la mort à très bref délai.

Ici plusieurs subdivisions au point de vue clinique :

a) Il y a des cas où un individu est pris tout à coup, en parfaite santé, de phénomènes brusques d'appendicite, lesquels sont suivis d'une accalmie trompeuse et, quand on veut l'opérer, il est néanmoins trop tard.

Ces formes foudroyantes ont une physionomie et une thérapeutique spéciales. Néanmoins, je crois qu'elles échappent à tous nos efforts, car il est exceptionnel que nous arrivions à temps. Le meilleur serait évidemment de pouvoir opérer aussitôt que se produit la perforation.

b) Il y a des cas où la péritonite est généralisée, où le péritoine est rempli de pus. Ce sont des cas qui cèdent à la laparotomie.

c) Il y a enfin des formes où le péritoine, tout entier atteint, ne suppure qu'en certains endroits, faisant ailleurs de la péritonite adhésive. Ce sont des formes graves.

Il faut donc, dans toutes ces formes, tenir compte de l'infection générale du péritoine.

Dans les formes dont il me reste à parler, il y a simplement appendicite sans lésions généralisées au péritoine. A cette catégorie de faits appartiennent les appendicites aiguës, subaiguës et chroniques. Je laisse de côté les appendicites chroniques qui peuvent succéder aux appendicites aiguës et subaiguës. Les appendicites aiguës peuvent, d'autre part, devenir perforantes. Elles entrent alors dans la classe des faits que j'ai précédemment étudiés.

Je suis d'avis que la douleur et la tuméfaction sont, comme l'a dit mon ami Routier, les meilleurs signes de l'appendicite. Je conseille, en effet, de ne s'appuyer surtout, pour l'intervention, ni sur le pouls, ni sur la température. J'ai vu deux fois l'appendicite aigné se montrer au moment des régles. Dans certains cas, il existe des phénomènes locaux et des phénomènes généraux accentués. Ainsi, une malade que m'avait envoyée M. Barth avait un facies de péritonite généralisée, et ne rendait d'ailleurs pas de gaz. Néanmoins, je rejetai le diagnostic de péritonite généralisée malgré l'état général de la malade, parce que la douleur, exquise dans la fosse iliaque droite, n'existait nullement dans le flanc gauche. J'ai donc opéré comme pour une appendicite ordinaire. La suite de l'opération m'a donné raison et la malade a parfaitement guéri.

Les appendicites subaiguës se présentent avec des phénomènes locaux parfois marqués. C'est une tuméfaction énorme. Mais, comme M. Monod, je crains bien moins ces cas à grosse tumeur pleine de pus que ceux dans lesquels l'incision ne donne pas de pus. Les malades ont d'autant plus de chances de guérir que les lésions sont plus marquées, qu'il y a davantage de pus et moins de septicémie.

Quelle doit être l'intervention dans les cas de péritonite localisée ? Ici, je me sépare absolument de M. Routier. Si nous voulons répondre aux médecins et les convaincre de la véritable utilité de l'intervention, il faut leur démontrer que, même en opérant des malades atteints d'appendicite sans sortir du pus de l'abcés, nous les mettons néanmoins dans des conditions de guérison sûre qu'ils n'auraient pas eu sans l'intervention.

Or, si vous écartez les anses intestinales agglutinées pour aller à la recherche du pus ou de l'appendice qui ne se sont pas montrés aussitôt l'ouverture de l'abcés, vous inoculez fatalement le péritoine en lui ouvrant la porte de l'infection. Vous me direz que cela ne vous est pas arrivé. Possible, mais cela pouvait vous arriver, et vous conviendrez que, logiquement, le danger couru par vous était grand.

Ce sont d'ailleurs là des principes que j'ai donnés ici-même, il y a 3 ans. Je ne les ai pas abandonnés depuis. Et ils m'ont donné 15 guérisons sur 15 opérés. Voici quel est mon procédé :

Je rappelle d'abord qu'il est impossible de dire si l'abcés péricæcal siège au-dessus, au-dessous ou en dedans du cæcum. Alors, je me contente d'inciser la paroi abdominale au lieu d'élection. Je rencontre ainsi le foyer. Ou il existe des adhérences, ou il n'en existe pas. Dans le premier cas, je suis libre de faire ce que je veux. Si, par exemple, je trouve l'appendice, je le résèque, cela m'est arrivé sept fois.

Mais, huit fois, je n'ai pas rencontré d'adhérences entre le foyer et la paroi. En revanche, j'ai recueilli un liquide qui n'a d'ailleurs pas cultivé, mais qui aurait pu cultiver. C'est alors que j'ai cherché le point où la tuméfaction paraissait être la plus intense et j'ai mis à ce niveau de la gaze iodoformée qui a servi de drain. Trois fois les phénomènes se sont amendés et tout est rentré dans l'ordre à la suite de mon intervention. Trois fois, le pus n'est pas sorti aussitôt l'opération, mais le foyer s'est vidé quelques jours plus tard. Et il est à remarquer que, dans ce cas là, le pus se dirige toujours vers la gaze, jamais vers le péritoine. De là, on est assuré d'avoir fait une bonne opération par le seul fait que l'on a drainé une appendicite qui est restée sèche à l'incision. J. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 16 juillet.

De l'alcoolisme.

M. Bergeron. — Je me suis associé au vœu de M. Laborde parce que, en 1870, j'ai proposé à l'Académie d'émettre un vœu semblable. Le seul moyen de triompher de l'alcoolisme, c'est de diminuer le nombre des débits de vins.

Il faudrait qu'on exigeât des débitants un droit de licence très élevé, qu'on leur interdît la vente des alcools à crédit, le débit des spiritueux à des enfants de moins de quinze ans, à des gens ivres et il faudrait qu'ils fussent responsables des désordres produits dans leurs établissements. Enfin, l'obligation de la vente d'alcools tout à fait rectifiés me paraît indispensable.

Hémorrhagies du corps vitré guéries par l'électrolyse.

M. Abadie. — Je vous présente un malade atteint, il y a dix-huit mois, d'hémorrhagie ayant désorganisé les corps vitrés. La vision fut alors complètement abolie. Voici comment j'ai traité cette maladie : j'ai mis une aiguille en platine iridié dans le corps vitré de l'œil gauche et cette aiguille a été mise en communication avec le pôle positif d'un appareil à courant continu, dont le pôle négatif a été appliqué sur le bras. On fit alors passer un courant de 3 ou 4 milliampères pendant cinq minutes. Depuis un mois, époque où l'opération fut pratiquée, la vision s'est sans cesse améliorée. L'œil droit, auquel on n'a pas encore touché, est toujours privé de la vision.

Un autre malade a aussi été guéri par moi dans ces mêmes conditions.

Actinomycose cervico-faciale.

M. Meunier (de Tours) cite quatre malades atteints d'actinomycose cervico-faciale guéris par l'iodure de potassium.

L'actinomycose cervico-faciale présente trois périodes : c'est d'abord une tuméfaction étalée et une induration compacte ; puis apparaissent des saillies ou tumeurs fongueuses à la surface du derme ; enfin, l'affection envahit les os de la face, produisant un état cachectique mortel. Il n'y a jamais ni engorgement ganglionnaire, ni généralisation.

L'actinomycose s'étend de proche en proche et ne suit ni les voies lymphatiques ni les voies sanguines.

Les granulations, qui formeront de petits abcès miliaires, permettront de distinguer l'actinomycose des lésions dues aux dents cariées, des adénophlegmons, de la tuberculose cervicale, des lésions syphilitiques, des tumeurs malignes du maxillaire, des phlegmons ligneux de Reclus. Ces granulations ont un diamètre d'un quart de millimètre à un millimètre ; elles sont jaunes, verdâtres ou blanches.

L'iodure de potassium agit sur l'induration à la manière d'un spécifique, mais n'agit qu'indirectement sur le champignon en rendant le milieu impropre à sa viabilité. Le traitement dure de six semaines à deux mois. J. P.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 15 juillet.

De l'échauffement musculaire.

M. Chauveau. — Dans l'acte de la contraction musculaire, il faut tenir compte du déplacement de poids introduit comme élément additionnel dans l'étude de ce travail. D'après mes récentes expériences, j'ai vu que le travail négatif met en œuvre moins d'énergie que le travail positif, parce que l'effort musculaire exigé par celui-ci est plus considérable. Ce fait d'ailleurs ne change rien à mes données primitives sur le mécanisme du travail musculaire, qui restent telles que je les ai établies.

L'élasticité musculaire, créée dans le cas de la contraction dynamique par le soulèvement d'une charge, a deux rôles à remplir : il faut qu'elle équilibre la charge dans toutes les positions qu'elle prend et qu'elle la fasse passer d'une position à une autre.

De la pénétration des embryons d'anguillule stercorale dans le sang de l'homme.

M. P. Teissier a constaté la présence dans le sang d'un homme, atteint de fièvre intermittente, de nombreux embryons

de vers nématodes. Ses matières fécales, en même temps, contenaient beaucoup d'anguillules stercorales à tous les degrés de développement.

Ces anguillules étaient mâles et femelles. Celles-ci étaient plus longues; leur utérus renfermait souvent 25 à 30 œufs plus ou moins développés. J'ai vu l'éclosion de l'embryon dans l'utérus, son issue par l'orifice vulvaire. Les œufs étaient expulsés avant leur maturité complète ou bien en état de maturité. Dans ce dernier cas, l'éclosion se faisait dans les matières fécales.

Les embryons étaient cylindriques, avec bouts amincis, surtout postérieurement. Leur structure comprenait une paroi renfermant une masse granuleuse jaune-brun disséminée dans la partie moyenne, et s'arrêtant à une certaine distance de la tête et de la queue.

Des mouvements de reptation très rapides animaient les formes adultes et embryonnaires de ces parasites, mais leur forme embryonnaire avait ces mouvements encore plus marqués.

Les nématodes embryonnaires, contenus dans le sang, avaient des caractères identiques à ceux des embryons d'anguillule des matières fécales: même aspect, même forme, mêmes dimensions, mêmes mouvements. Dans ces conditions, on peut conclure que les embryons vus dans le sang provenaient des anguillules stercorales, et étaient entrés dans le système circulatoire, venant de l'intestin. Enfin, raison de plus pour se rattacher à cette dernière hypothèse, pendant que le malade resta à l'hôpital, les hématozoaires ont disparu du sang en même temps que diminuait la quantité des anguillules stercorales.

La disparition des embryons du sang, qui a donc coïncidé avec la modification de la vitalité des anguillules stercorales, a coïncidé également avec la disparition de la fièvre. Tout porte donc à croire que la fièvre était due à la présence dans le sang des embryons provenant de l'anguillule stercorale. J. P.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 12 juillet.

Rhumatisme polyarticulaire aigu post-sérothérapique.

M. L. Galliard. — Il s'agit d'une femme de 33 ans entrée à l'hôpital pour une angine légère, qui s'aggrava soudainement à tel point qu'on pratiqua une injection de 40 centimètres cubes de sérum de Roux. L'examen bactériologique montra ensuite qu'il n'y avait pas de bacilles de Lœffler, mais uniquement des staphylocoques et des streptocoques. Il n'y eut d'ailleurs aucun accident immédiat et la malade sortit du service sept jours après l'injection.

Seize jours après l'injection, la malade revint avec un érythème polymorphe et de vives douleurs articulaires. Ce rhumatisme était polyarticulaire, intéressant les coudes, les épaules, les poignets, toutes les articulations des membres inférieurs, les articulations temporo-maxillaires et sterno-claviculaires. Un peu de fièvre. Le rhumatisme céda à deux doses journalières de 6 grammes de salicylate de soude. La malade n'avait jamais eu de rhumatisme antérieurement. Elle souffrait d'une vaginite suspecte, mais sa maladie n'a pas eu les allures du rhumatisme blennorrhagique. M. Galliard attribue les accidents articulaires et cutanés au sérum antidiphtérique.

Acromégalie fruste avec macroglossie.

M. Chauffard. — L'acromégalie bien connue depuis les travaux de P. Marie, de Souza-Leite, ne se présente pas toujours avec ses caractères typiques et complets. En voici un exemple dans ce malade qui ne ferait pas penser à l'acromégalie, si un gros signe, la macroglossie n'attirait l'attention de ce côté et ne permettait pas de faire le diagnostic d'acromégalie fruste.

C'est un peintre en bâtiment de 32 ans, de souche nerveuse, ayant subi force aventures à Madagascar et aux colonies, où il a eu, dit-il, la fièvre jaune, la variole, le scorbut, etc. C'est un alcoolique de longue date, tabagique et enfin un saturnin (il a eu sept attaques de coliques de plomb et une paralysie des extenseurs). Pas de syphilis. En outre, c'est un hystérique avec hémianesthésie gauche. Il entre dans le service pour des crises d'étouffements qui ne se sont plus reproduites.

C'est surtout l'hypertrophie de la langue qui attire l'attention. Ce symptôme a débuté il y a deux ans. La langue est bombée, molle, lisse et comme étalée; son sillon médian est très peu accusé. Au maximum de protraction elle dépasse de 5 cent. 1/2 la lèvre supérieure; elle est large de 7 centimètres et épaisse de 21 millimètres. Par son volume, elle occasionne des troubles variés des fonctions buccales (morsure en mangeant, etc.). Il n'existe aucune hypertrophie du voile du palais, de la luette, des piliers, des amygdales et des lèvres.

Les autres stigmates qui attirent l'attention vers l'acromégalie sont: l'allongement du maxillaire inférieur survenu un peu avant la macroglossie. Les dents du maxillaire inférieur sont tombées et celles d'en bas sont déchaussées, projetées en avant. Actuellement le prognathisme est très marqué (menton en galoche). Le front est bas avec de grosses rides transversales. Le nez est un peu épaissi à la pointe depuis plusieurs mois. Le périmètre du crâne est de 565 millimètres. C'est un dolichocéphale sans hypertrophie des sutures ni des sinus frontaux.

On constate une saillie de l'occipital au niveau de la protubérance externe.

Le rachis présente une légère cyphose cervico-dorsale avec lordose dorso-lombaire de compensation.

Le thorax n'est pas déformé, l'abdomen un peu ballonné dans la région sous-ombilicale. La verge, depuis quelques mois, est devenue plus grosse et plus longue; les testicules sont plutôt diminués.

Le corps thyroïde semble petit; il n'y a pas de signes attribuables à la persistance du thymus.

Il existe des troubles oculaires importants. Depuis deux mois perte de vision complète de l'œil gauche. Les pupilles sont égales et moyennes; elles réagissent très faiblement à la lumière et à l'accommodation.

L'examen ophtalmoscopique montre, à droite, de la myopie avec staphylôme postérieur peu étendu de date récente; papille hyperhémiée, veines turgescentes et artère rétrécie, atrophie du pigment rétinien; à gauche, on note seulement une décoloration du segment externe de la papille, fréquente chez les tabagiques.

Il existe enfin quelques troubles nerveux, de la céphalée, quelques troubles urinaires (mictions fréquentes, besoin impérieux d'uriner).

L'examen des membres ne révèle aucune modification pathologique.

En somme, c'est l'aspect de la langue, le prognathisme progressif, la cyphose cervico-dorsale, la céphalée habituelle, les troubles de la vue surtout qui permettent de diagnostiquer une acromégalie fruste.

Il est bon de rappeler que tous les jours on diagnostique des goitres exophtalmiques frustes.

Mais à ce diagnostic d'acromégalie fruste il faut joindre cette notion importante qu'il y a hypertrophie de l'hypophyse, démontrée par la céphalée et les troubles visuels déjà graves. Ces troubles, fréquents chez les acromégaliques, s'expliquent par la compression qu'exerce sur le chiasma et les nerfs optiques la glande pituitaire hypertrophiée. Notre malade est arrivé déjà à ce que Tamburini appelle la phase hypophysaire de l'acromégalie.

Je rappellerai en terminant que, dans un travail récent, MM. Brissaud et Meige, s'occupant des rapports du gigantisme et de l'acromégalie, ont affirmé que « l'acromégalie est le gigantisme de

l'adulte, et le gigantisme l'acromégalie de l'enfance ». Gigantisme et acromégalie sont, en effet, très voisins, souvent associés, mais conservant cependant leur droit à l'autonomie.

M. Rendu. — J'ai eu, dans mon service, l'an dernier, un jeune homme présentant des troubles mal définis qui rendirent le diagnostic longtemps hésitant. Il se plaignait de fourmillements très pénibles des extrémités et d'œdème bleu des extrémités provoqué surtout par le froid. M. Raymond, qui vit le malade, porta le diagnostic d'acromégalie fruste, en se basant sur l'existence d'une céphalée occipitale et frontale assez prononcée, sur l'augmentation de volume de la bosse occipitale et sur un peu de prognathisme. Les doigts de ce malade étaient très longs, pas de macroglossie. C'est un fait d'acromégalie fruste intéressant à rapprocher de celui de M. Chauffard ; les phénomènes d'asphyxie locale des extrémités y occupaient la première place.

Pellagre sporadique avec autopsie.

MM. Gaucher et E. Sergent. — M. Gaucher a observé en un an cinq cas de pellagre sporadique à l'hôpital Saint-Antoine, trois chez des alcooliques et deux en dehors de toute tare alcoolique. (Ces cas ont déjà été présentés à la Société de Dermatologie, sauf le cinquième qui fait l'objet de la communication actuelle). Tous ces malades étaient parisiens. Les signes et les lésions étaient analogues à ceux de la pellagre endémique. On ne doit donc pas séparer les érythèmes pellagroïdes de la vraie pellagre. Il n'y a pas de cause univoque de la pellagre, toutes les causes de dépression peuvent l'amener. La pellagre alcoolique, la pellagre des aliénés, la pellagre sporadique sont identiques à la pellagre endémique. L'érythème pellagroïde et l'érythème pellagreux sont tous deux des érythemes solaires, de cause externe, produits plus facilement sur une peau rendue vulnérable par sa mauvaise nutrition, quelle qu'en soit la cause.

Dans le cas que rapporte M. Gaucher, il s'agit d'une femme de 44 ans, marchande des quatre saisons, présentant depuis trois mois des troubles gastriques très prononcés, vomissements presque continuels, ne gardant même pas le lait. A cela s'ajoutait une diarrhée incoercible. Tout cela avait amené un état de cachexie profond.

Trois semaines avant son entrée à l'hôpital, la malade avait vu apparaître un érythème du dos des mains, ayant les caractères typiques de l'érythème pellagreux: érythème rouge, squameux avec quelques fissures siégeant sur les parties découvertes. La figure présentait aussi sur les tempes et autour des yeux une rougeur caractéristique, cuivrée et squameuse.

La malade succomba au bout de quinze jours, et l'autopsie fut faite le 14 août 1894, par le Dr Gallois et M. E. Sergent.

On trouva une atrophie considérable de tous les organes, de l'étroitesse de l'aorte et des artères. Le cœur pesait 135 grammes. La rate était petite, de même les reins. L'estomac était petit, ratatiné, avec des sugillations au niveau du grand cul-de-sac.

L'intestin très hyperhémié présentait, vers la fin de l'iléon, cinq à six ulcérations allongées, paraissant siéger au niveau des plaques de Peyer tuméfiées.

Le foie était de couleur jaune paille, mou, malléable. Son volume paraissait au moins normal; mais son poids était diminué de 1,200 grammes. Le foie surnageait dans l'eau comme une masse d'huile. Il y avait une dégénérescence graisseuse absolument totale. Les voies biliaires étaient intactes.

M. Gaucher donne ensuite le résumé de l'examen histologique des viscères pratiqué par M. E. Sergent.

Les recherches ont été négatives au point de vue bactériologique.

Les lésions histologiques confirment les examens antérieurs. Ces lésions siègent surtout sur l'appareil digestif. Hyperhémie du tube digestif en son ensemble. Gastrite interstitielle. Entérite ulcérative. Le foie est dans un état de dégénérescence graisseuse totale, sauf en quelques îlots au centre du lobule.

Cette intensité des lésions digestives et cette généralisation sont tout à fait spéciales. La moelle offre des lésions semblables à celles décrites par Marie, Belmondo, Tuczek : sclérose peu accentuée des cordons postérieurs occupant le cordon de Goll et le faisceau en virgule; intégrité de la zône cornée-radiculaire ; dégénérescence et atrophie du groupe postérieur des cellules de la colonne de Clarke.

M. Hayem. — En 1873, dans mon travail sur l'hépatite interstitielle chronique, j'ai eu l'occasion d'examiner le foie d'un malade atteint de pellagre diagnostiquée par Bouley. Il y avait une dégénérescence graisseuse très prononcée ; le foie présentait une coloration jaune analogue à celle du cérat des hôpitaux ; mais il était dur et hypertrophié.

Sur l'intoxication chronique par le café.

M. Gilles de la Tourette. — Les accidents imputables à l'intoxication chronique par le café ne sont pas de notion courante ; les plus récents ouvrages de pathologie interne n'en font pas mention. Ils méritent cependant d'être tirés de l'ombre, car bien souvent ils entraînent des erreurs de diagnostic qui peuvent être très préjudiciables aux patients.

Le caféisme chronique est presque toujours confondu avec les troubles dus à l'alcool, en particulier avec les déterminations de cet agent sur l'estomac et sur le système nerveux. La raison en est que les deux intoxications produisent des effets qui se ressemblent singulièrement.

M. Guelliot (de Reims), en 1894, a attiré l'attention sur les accidents de l'intoxication caféique, dans un mémoire qui, quoique très complet et très bien fait, a passé presque inaperçu.

Je crois qu'il n'est pas inutile de revenir sur ce sujet.

L'intoxication caféique se révèle principalement par des troubles du côté de l'appareil digestif et du système nerveux.

La dyspepsie caféique ressemble de très près aux phénomènes qu'entraîne avec elle la gastrique alcoolique: pituites matinales, douleur au creux épigastrique, langue saburrale, inappétence très marquée. Le dégoût pour les aliments solides est tel que les malades finissent par ne s'alimenter que de café et de pain trempé dans l'infusion. De ce fait, l'absorption du poison ne fait qu'augmenter et l'intoxication s'accentue de plus en plus. Il survient des nausées, des vomissements, des renvois acides parfois fort douloureux et les malades très amaigris tombent dans ce que M. Guelliot appelle la cachexie caféique.

L'appareil circulatoire est également influencé ; les palpitations sont rares ; c'est surtout un ralentissement du pouls qu'on observe.

Les phénomènes nerveux sont fréquents et comme importance ils doivent être placés à côté des troubles de l'appareil digestif.

Le sommeil disparait, et lorsqu'il se montre, il est entrecoupé de rêves et de cauchemars terrifiants ou professionnels qui font songer à l'alcoolisme.

Il existe fréquemment encore un tremblement très marqué des membres supérieurs et inférieurs et aussi un tremblement fibrillaire des lèvres et de la langue pouvant se généraliser sous forme de secousses aux autres muscles de la face. On note des crampes douloureuses dans les masses musculaires de la cuisse et des jambes.

Il peut y avoir des troubles de la sensibilité ; celle-ci est diminuée chez certaine malades. Les réflexes demeurent généralement indemnes.

On n'a pas encore observé de paralysies caféiques, mais, en raisonnant par analogie avec ce que l'on observe dans l'intoxication par l'alcool, il est permis de supposer que le caféinisme chronique est susceptible de produire des paralysies.

Ces différents accidents de l'intoxication caféique ne sont pas tenaces. La suppression du toxique est rapidement suivie d'une grande amélioration, certainement beaucoup plus prompte à se manifester que lorsqu'il s'agit d'intoxication alcoolique.

On a noté encore des troubles variés portant sur l'appareil génital et urinaire ; mais ces troubles ne sont pas fréquents. Enfin on a signalé chez les enfants des arrêts de développement.

Comme on le voit, ces différents désordres méritent toute l'attention du médecin et leur diagnostic est de toute importance puisque, lorsqu'on en a reconnu l'origine, il suffit de supprimer le toxique pour les voir rapidement disparaître.

H. MÉRY.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 13 juillet.

Porte d'entrée et toxines; défense de l'organisme.

M. Charrin. — Ce n'est pas seulement sur le virus actif, mais encore sur les sécrétions bactériennes que les portes d'entrée exercent leur influence. La virulence dépend en effet de la voie de pénétration, comme le montrent les détails que je donne à ce sujet dans mon livre sur le bacille pyocyanique. Pour bien des microbes, pour beaucoup de leurs toxines, différents observateurs ont démontré aujourd'hui que la porte d'entrée influence notablement la toxicité des produits microbiens. Ne sait-on pas depuis longtemps que la voie vasculaire aggrave les accidents toxiques, qu'elle rend plus rapides?

Dans des expériences que nous avons entreprises, nous avons vu que 10 centimètres cubes injectés dans les capillaires tuent, tandis que 60 centimètres cubes introduits dans le tube digestif ne font rien.

L'organisme possède donc des protections naturelles contre les poisons, protections en rapport avec la porte d'entrée. Est-ce le foie? Celui-ci agit bien sur ces toxines, mais très faiblement. Peut-être sont-ce les liquides digestifs qui modifient les toxines; peut-être aussi les toxines, en passant de l'intestin dans le sang, subissent-elles des métamorphoses. Il y aurait altération des éléments chimiques au passage de la paroi digestive.

Si l'intestin normalement est donc, avant tout, un organe d'absorption, à l'état pathologique, c'est, avant tout, un organe d'élimination. L'organisme se défend ainsi, tant contre les poisons qui encombrent la circulation, que contre les matières organiques, comme les poisons de l'urine.

La fréquence des diarrhées centrales résulte de ces faits. Ces diarrhées sont celles qui naissent par suite d'une impression exercée sur les centres vaso-moteurs, par opposition aux diarrhées périphériques, c'est-à-dire dépendant d'une irritation périphérique. C'est sur ces centres qu'agissent les toxines.

Il ne suffit pas enfin de voir la diarrhée et l'entérite pour en conclure que l'agent et la cause de ces maladies siègent primitivement dans le tube digestif.

Fibres cortico-olivaires.

M. Luys. — J'ai vu des fibres reliant l'écorce aux corps olivaires se continuant ensuite dans la moelle. La physiologie montre aussi la relation des corps olivaires avec l'écorce. Chez un sujet bègue, en effet, j'ai observé une atrophie véritable des corps olivaires. On a ainsi de petits îlots de substance nerveuse en rapport avec la fonction de langage articulé.

Ferments digestifs et tréhalose.

M. Bourquelot. — Le suc pancréatique n'exerce aucune action sur la tréhalose. C'est le suc intestinal qui, au niveau des parties moyenne et inférieure de l'intestin, dédouble la tréhalose. A ce point de vue, la tréhalose se rapproche donc du sucre de canne.

Microbe de l'influenza.

M. Trouillet. — Je crois que la grippe est due à un microbe se présentant sous forme de diplocoque, bacille ou strepto-bacille. Il est facile à cultiver et change de forme en vieillissant. Des injections d'un à deux centimètres cubes de la culture de ce microbe déterminent chez le lapin des troubles analogues à ceux de la grippe et le tuent en 2 à 20 jours.

MM. Debierre et **Lemaire** disent avoir vu que le nerf buccal du maxillaire inférieur ne donne pas de branche au buccinateur.

M. Richet communique un nouveau procédé de filtration des liquides par l'aspiration à travers des toiles métalliques superposées.

M. Guinard dit qu'il y a diminution de pression artérielle chez les animaux qui sont sous l'empire du sommeil morphinique, et augmentation de cette pression chez les animaux qui ne dorment pas sous l'influence de la morphine.

J. P.

ACTES DE LA FACULTÉ

DU 22 AU 27 JUILLET 1895

THÈSES

LUNDI 22 JUILLET, à 1 heure. — *M. Changeux*: Traitement de la chorée. De l'hydrothérapie en particulier. — *M. Gouez*: Contribution à l'étude de la maladie de Parrot. — *M. Flamant*: Dosage du dechet organique de l'urine et des matières extractives: — *M. Bucquet*: Goitre exophtalmique et grossesse. — *M. Jourdan*: Cholédocotomie. — *M. Bresset*: Résultats éloignés de la cure radicale dans la hernie crurale. — *M. Brasseur*: De l'hystérectomie vaginale dans l'inversion utérine puerpérale irréductible. — *M. Baldet*: Pathogénie du zona. — *M. Gachon*: Intervention chirurgicale dans les contusions de l'abdomen. — *M. Nicolopoulo*: Un cas d'épithéliome primitif de la séreuse vaginale. — *M. Berditchewsky*: Les différentes méthodes de rappel à la vie des nouveau-nés en état de mort apparente. Etude analytique et critique. — *M. Quetin*: Contribution à l'étude de l'anémie hémorroïdaire. — *M. Grémillon*: Contribution à l'étude des anomalies et complications de la cicatrisation de l'ombilic. — *M. Josset*: Traitement de la coqueluche par l'hypersulfuration cutanée. — *M. Marsan*: Contribution à l'étude de la forme rénale de la fièvre typhoïde. — *M. Bauzan*: Du traitement de l'alcoolisme et de la dypsomanie par la strychnine. — *M. Urcelay*: De la résistance qu'offrent les globules rouges. — *M. Odeyé*: Influence des modifications utéro-ovariennes sur les affections du corps thyroïde. — *M. Gallice*: Etude sur quelques points de l'histoire des oreillons. — *M. d'Argis*: De la péricardite blennorrhagique.

MARDI 23 JUILLET, à 1 heure. — *M. Bonnemaison*: Contribution à l'étude du tatouage chez les aliénés. — *M. Lecointre*: Etude sur l'hypertrophie du segment postérieur des cornets du nez. — *M. Watin*: Traitement des coliques hépatiques par l'huile d'olive. — *M. Durand*: De la maladie dite hémorrhagie pancréatique. — *M. Clément*: De l'emploi de la sonde à demeure après l'urétrotomie interne. — *M. Julien*: Contribution à l'étude clinique du cancer de la prostate. — *M. Corby*: De la pollakyurie psychopathique et de son traitement. — *M. Mandour*: Kystes hydatiques de l'orbite. — *M. Bouquet*: Des atrophies utérines post-puerpérales. — *M. Potel*: De l'accroissement en poids des enfants nés avant terme. — *M. Tréheux*: Recherches sur l'acidité urinaire après le repas chez l'homme sain et chez les dyspeptiques. — *M. Mazeroux*: Etude clinique d'une épidémie de scarlatine observée à l'hôpital Necker en 1894. — *M. Oppenot*: Contribution à l'étude de l'asystolie hépatique. — *M. Puech*: De la stase gastrique (dilatation, tracé de l'estomac). — *M. Maugard*: Etude clinique de la régénération fonctionnelle du nerf radial après lésions traumatiques. — *M. Jourdan*: Etude sur les troubles fonctionnels et trophiques consécutifs aux fractures du radius. — *M. Archkinasi*: Les otites moyennes purulentes aiguës, en rapport avec les maladies infectieuses. — *M. Laniol*: De l'antisepsie buccale et de ses applications à l'art dentaire.

MERCREDI 24 JUILLET, à 9 heures. — *M. Huot*: De l'action du salopbène dans le rhumatisme articulaire aigu, dans la chorée et dans les névralgies. — *M. d'Andrale Nerves*: Essai sur l'influence des états utérins sur le développement de la folie. — *M. Gadot*: Considérations sur l'action de la teinture de buis dans certaines formes de fièvres intermittentes d'origine hépatique. — *M. Bailly*: Etude sur le diagnostic bactériologique de la lèpre.

A 1 heure. — *M. Muri*: Les anévrysmes diffus de l'aorte thoracique. Leur terminaison par rupture à l'extérieur. — *Mlle Amy*: Essai sur la maladie de Graves-Basedow. — *M. Larcher*: De la transsonance thoracique, sa valeur dans le diagnostic de la phtisie pulmonaire au début. — *M. Maugue*: Contribution à l'étude de la maladie de Raynaud. — *M. Lévy (Georges)*: Essai théorique et clinique sur le traitement des fibromyômes de l'utérus. — *M. Romano*: Effets dynamogéniques du massage abdomi-

nal. — *M. Joy* : Réflexions sur un cas de brièveté accidentelle du cordon ombilical. — *M. Lapicque* : Sur le dosage du fer dans les recherches physiologiques. — *M. Desgrez* : De l'influence des serums sur les variations de quelques éléments urinaires. — *M. Nazelle* : Contribution à l'étude des fractures chez les épileptiques. — *M. Marrel* : Les phobies. Etude de psychologie pathologique. — *M. Granquillot* : A propos de l'anatomie de trois cas de démence. Essai sur la clinique, la pathogénie, l'étiologie de cette affection ; sur son étiologie surtout dans les tumeurs encéphaliques. — *M. Bonnet* : Le bilan de l'alcoolique. Etudes sur les doses et les variétés individuelles dans l'intoxication par l'alcool. — *M. Bilbilis* : Contribution à l'étude du traitement des fistules recto-vaginales. — *M. Georgevitch* : Essai sur l'étiologie des varices. — *M. Guibé* : Etude sur l'emploi de l'iodure de potassium dans le traitement de la syphilis. — *M. Giraudon* : Contribution à l'étude du traitement des brûlures (emploi du thymol pour leur guérison sans suppuration et sans cicatrices). — *M. Tsakiris* : Instruments anciens et nouveaux pour l'intubation du larynx dans le croup. — *M. Carrel* : Considérations sur le pronostic opératoire et la guérison des sarcômes du fémur. — *M. Berdal* : Sur un cas de dégénérescence xanthomateuse. — *M. Aumont* : Contribution à l'étude du traitement chirurgical de l'anémie due au cancer de l'utérus. — *M. Defrance* : Considération sur la gangrène symétrique (étiologie et pathogénie). — *M. Chompret* : Essai sur les gingivites infectieuses.

Jeudi 25 juillet, à 9 heures. — *M. Bessio* : Adénolymphocèle (contribution à l'étude). — *M. Gallier* : Infection primitive du liquide amniotique après la rupture prématurée des membranes de l'œuf humain. — *M. Duhamel* : Traitement des adénites tuberculeuses du cou. — *M. Borel-Deroide* : Anesthésie par l'éther. Le masque de Julliard.

A 1 heure. — *M. Cotta* : Contribution à l'étude des abcès du foie à pus stérile. — *M. Pietri* : Du pansement oculaire pulvérulent, occlusif au lorétinate de bismuth. — *M. Sarrazin* : Des lipômes du cordon spermatique. — *M. Cazenave* : Des tumeurs papillaires de l'ovaire avec métastase péritonéale. — *M. Berge* : Pathogénie de la scarlatine. — *M. Ganca* : L'oxalurie. Etude historique et critique. — *M. Crochet* : Accidents nerveux de l'érysipèle. — *M. Delaporte* : Essai d'hygiène rurale. De la désinfection à la campagne. — *M. Devauchel* : Du gaïacol synthétique dans le traitement de la tuberculose. — *M. Héroguelle* : Contribution à l'étude du traitement de l'état de mal épileptique. — *M. Debray* : De l'absence des microbes dans les abcès de foie. — *M. Tourlet* : Cure radicale de l'hypertrophie prostatique. — *M. Audoucet* : Autoplastie de la lèvre inférieure. Essai sur un nouveau procédé. — *M. Favraud* : Lympbangites péri-auriculaires simulant la mastoïdite. — *M. Braille de Longibaudière* : De l'hématocèle vaginale traumatique.

Vendredi 26 juillet, à 1 heure. — *M. Béziat* : De la sciatique hystérique. — *M. Vignau* : Contribution à l'étude de la péricardite à pneumocoques. — *M. Sauvage* : Du diabète sucré dans ses rapports avec la tuberculose pulmonaire. — *M. Martin* : Contribution à l'étude de la dacryocystite. — *M. Lafont* : Traitement des abces de la prostate par l'incision rectale. — *M. Geogo* : Pneumonie aiguë ou broncho-pneumonie paludéenne. — *M. Iliesco* : Etude clinique de la thrombose du tronc basilaire. — *M. Chatinière* : Contribution à l'étude des micro-organismes du canal génital de la femme. — *M. Roland* : La cirrhose alcoolique infantile. — *M. Tahier* : Les éléments figurés de l'urine dans les néphrites (cellules, globules, cylindres). Etude microscopique et clinique. — *M. Le Becq* : Contribution à l'étude du traumatisme dans les attaques d'épilepsie.

Samedi 27 juillet, à 1 heure. — *M. Fragnaud* : Contribution à l'étude de la recite proliférante. — *M. Fayet* : Les aponévroses cervicales. — *M. Poisson* : Les fossettes péridnodénales et leur rôle dans la pathogénie des hernies rétropéritonéales.

EXAMENS DE SAGES-FEMMES

Mardi 23 juillet, à 1 heure. — 1er (Nouveau régime) : MM. Bouilly, Maygrier et Quénu.

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

HOPITAUX DE PARIS

Hôpital Saint-Louis.

Les médecins de cet hôpital seront appelés dans le courant de la semaine prochaine à dresser une liste de six candidats aux deux places d'assistants de consultation qui viennent d'être créées dans cet établissement.

Concours de chirurgie.

Ce concours s'est terminé par la nomination de MM. Sebileau et Faure.

Amphithéâtre des hôpitaux.

Entre la Faculté de médecine de Paris et l'administration des hôpitaux il vient d'être décidé que 200 étudiants en médecine seront adressés par la Faculté à l'amphithéâtre des hôpitaux. Les deux prosecteurs de Clamart recevront un traitement de 3,000 fr. En outre, deux places d'aides d'anatomie seront créées à Clamart et, nommés au concours, ces aides subiront les mêmes épreuves que les aides d'anatomie de la Faculté. Ils pourront concourir pour le prosectorat de la Faculté.

NOUVELLES

Association française de chirurgie.

Dans sa séance du 26 juin, le Conseil d'administration a nommé :

1° Président du Conseil, M. le prof. Guyon, en remplacement de M. le prof. Verneuil, décédé.

2° Vice-président du Conseil, M. le prof. Lannelongue, en rempl. de M. le prof. Guyon, nommé président.

Ont été nommés, après présentation et conformément à l'article 2 des statuts, membres de l'association :

M. Ratimoff, prof. de l'Académie Impériale militaire de médecine, président de la Société des chirurgiens russes de Pirogoff, à Saint-Pétersbourg ;

M. Demoulin, chirurgien des hôpitaux de Paris.

Sixième congrès des aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française.

Ce congrès se tiendra à Bordeaux du 1er au 7 août 1895, dans un des amphithéâtres de la Faculté de médecine, place d'Aquitaine, où le secrétariat se trouvera également transporté pendant toute la durée du congrès. Le programme est ainsi composé :

Jeudi 1er août (matin 9 h.) : Séance solennelle d'ouverture, salle du Dôme de l'exposition. A l'issue de la séance, visite générale de l'exposition. (Soir, 2 h.) Faculté de médecine : Les psychoses de la vieillesse, rap. M. A. Ritti. Discussion. Séance dans la soirée, s'il est nécessaire.

Vendredi 2 août (matin 9 h.) : Corps thyroïde et maladie de Basedow, rap. M. E. Brissaud. Discussion. (Soir, 2 h.) Même question, Suite et fin de la discussion.

Samedi 3 août (matin 9 h.) : Les impulsions irrésistibles des épileptiques, envisagées surtout au point de vue médico-légal, rap. M. V. Parant. Discussion. (soir 2 h.) Même question. Suite et fin de la discussion ; (7 h. 1/2) Banquet.

Dimanche 4 août (matin 9 h.) : Visite de l'Asile des aliénés de Château-Picon (Bordeaux) ; à midi, banquet.

Lundi 5 août (matin 9 h.) : Communications diverses ; (soir 2 h.) communications diverses.

Mardi 6 août : Excursion à Cadillac (Gironde), départ de Bordeaux le matin à 8 h. ; à 10 h., visite de l'Asile des aliénés de Cadillac ; à midi, banquet. Dans l'après-midi, visite de la colonie agricole, annexe de l'Asile et du château du duc d'Epernon (maison pénitentiaire correctionnelle de jeunes filles). Rentrée à Bordeaux à 6 h. du soir.

Mercredi 7 août : Excursion à Royan.

Congrès français de médecine de Bordeaux.

Le Congrès français de médecine, dont la deuxième session va s'ouvrir à Bordeaux, le 8 août prochain, à la Faculté de médecine, continue à s'organiser dans les meilleures conditions.

D'après les décisions prises à Lyon au mois d'octobre 1894 au moment de la première session, trois questions doivent faire l'objet de rapports préalables. Sur les sept rapports demandés, cinq sont attendus d'un jour à l'autre. Ils pourront donc être imprimés et distribués aux membres adhérents avant l'ouverture du Congrès. Leur collection formera un volume important, digne en tous points du nom des auteurs : MM. Grasset, Vaillard, Hanot, Planté, Teissier, Schmitt et Lahorde.

Diverses communications intéressantes sont déjà annoncées, et,

66e Année. 9e Série. Tome II — N° 30 — 27 Juillet 1895

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : **Dr F. de RANSE** — *Rédacteur en chef :* **Dr Pierre SEBILEAU**

Secrétaire de la Rédaction : **M. Em. EMERY**

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 28, rue Vignon

CLINIQUE CHIRURGICALE

Indications thérapeutiques et traitement opératoire de l'appendicite aiguë.

Par le Dr Quénu.

Je n'ai en vue que les vraies appendicites ; j'écarte de parti pris ces phlegmasies du gros intestin qu'on observe chez les gens d'un certain âge, chez les constipés et spécialement chez ces obèses à intestin paresseux que les anciens caractérisaient en les disant atteints de pléthore abdominale. Ainsi restreintes, mes observations d'appendicite aiguë, depuis 3 ans, époque de notre dernière discussion, sont au nombre de dix-huit. Voici comment, à mon avis, il convient d'établir les cadres de l'appendicite afin de ne comparer que les cas comparables et de pouvoir donner de justes indications thérapeutiques.

J'établis une première grande division en :

1° Appendicites avec infection générale du péritoine ;

2° Appendicites sans infection générale.

1° Appendicites avec infection générale.

Cette première classe comporte des subdivisions.

Certains malades sont pris en pleine santé, avec ou sans antécédents appendiculaires, de coliques violentes ou d'une douleur vive dans le ventre avec vomissements sans fièvre : on croit parfois à une simple indigestion ; rapidement la situation s'aggrave et en moins de 36 heures elle est devenue telle que tout espoir doit être abandonné : tel est le tableau clinique qui se déroula devant moi en novembre dernier. Un de mes externes, élève instruit, au courant de cette question, fut subitement pris de vomissement un samedi soir, au sortir d'un dîner chez des amis. Les douleurs se calmèrent sous l'influence d'une injection de morphine, et je ne fus prévenu que le lundi après-midi, 44 heures après le début des accidents. Quand j'arrivai, la situation était désespérée ; aucune élévation de température, très peu de ballonnement, le ventre était seulement dur, tendu, douloureux, le pouls affalé, le facies hippocratique ; à 9 heures notre élève mourut en présence de mes collègues Schwartz et Faisans sans qu'il fût possible de songer à une intervention chirurgicale.

Ces formes foudroyantes répondent évidemment à une perforation brusque de l'appendice, l'étendue et l'intensité de l'inoculation livrant le péritoine sans défense, les malades succombent non à de la péritonite, mais à de la septicémie péritonéale suraiguë.

Il faut avouer que, devant de pareils cas, nous serons à peu près toujours désarmés. Le succès n'est admissible qu'avec une intervention suivant de très près la perforation, rares seront les circonstances permettant d'emblée d'établir nettement et la réalité de la lésion et la nécessité d'une laparotomie immédiate.

Assurément, les difficultés seraient moindres si la perforation survenait au cours d'une appendicite déjà déclarée et observée.

Dans une autre forme, soit qu'il n'y ait pas eu de perforation, soit que celle-ci ait été progressive, le péritoine est atteint dans toute son étendue, il existe de la péritonite généralisée et du pus, mais précisément ces lésions matérielles de la séreuse et cette diapédèse des globules blancs nous démontrent qu'il y a déjà résistance à l'élément infectieux ; la marche de l'affection est infiniment moins rapide, la guérison est possible si l'intervention n'est pas trop différée.

J'ai été appelé, il y a environ trois ans, par mon ami Chantemesse auprès d'un jeune étudiant russe, malade depuis plusieurs jours et que je trouvai dans l'état suivant :

Les extrémités et le nez refroidis, le facies abdominal. Ce pauvre garçon ne cessait de rendre, par une série de petites régurgitations, des matières porracées ; le ventre était ballonné, mat à sa partie inférieure, particulièrement douloureux, surtout au niveau de la fosse iliaque droite. Aucune élévation de température depuis une semaine.

Cette observation avait lieu un vendredi à midi. Malgré la gravité de cet état, le pouls ayant gardé une certaine force et le malade me donnant encore de tels témoignages d'énergie, je conseillai son transport dans mon service à

l'hôpital Cochin, et à une heure de l'après-midi je retirai, par une double incision, l'une faite dans la fosse iliaque, l'autre sur la ligne médiane, plus de 2 litres de pus de la cavité abdominale. Le ventre fut lavé et drainé. Le samedi, l'opéré put supporter un peu de cognac; le dimanche matin l'état s'était encore amélioré et je pus nourrir quelque espoir en le trouvant assis sur son lit, souriant et en train de fumer une cigarette, mais, dans la nuit du dimanche au lundi, il y eut une aggravation et la mort survint.

Nul doute, pour moi, qu'une intervention plus précoce eût été suivie de succès.

Dans une troisième forme clinique, le péritoine a encore été touché dans toute son étendue, mais la suppuration ne s'est pas généralisée ; suppurée autour du foyer appendiculaire, la péritonite n'est qu'adhésive à distance. Les anses intestinales agglutinées limitent l'abcès, qui, parfois, s'étend assez loin de la fosse iliaque droite.

Ces formes s'accompagnent généralement de fièvre et guérissent si l'on a soin de ne point tergiverser, d'ouvrir et de bien drainer.

Un malade m'a été apporté à Cochin dans ces conditions, il y a trois ans, à la salle Bichat. Je pratiquai une incision le long du bord externe du droit de l'abdomen et tombai sur les anses intestinales agglutinées entre lesquelles siégeait un vaste abcès. Le malade guérit.

Ainsi donc, je reconnais à l'appendicite avec infection générale du péritoine trois types cliniques :

Un premier type : Forme perforante ou foudroyante, avec septicémie péritonéale, sans lésions de péritonite.

Un deuxième type : Avec péritonite suppurée, généralisée.

Un troisième type : Avec péritonite généralisée, mais avec enkystement de la suppuration.

Le pronostic de ces trois formes est tout différent; le traitement opératoire est la laparotomie avec lavage et drainage : médiane pour les deux premières formes, au centre du magma perçu pour le troisième type, c'est-à-dire, en général, le long du bord externe du grand droit.

2° Appendicites sans infection généralisée du péritoine.

L'appendicite avec péritonite partielle peut être aiguë, subaiguë ou chronique.

Cette dernière peut l'être d'emblée, tuberculeuse ou non, ou succéder à une forme aiguë. Je n'ai pas, du reste, à m'en occuper.

Restent les deux formes aiguës et subaiguës: cette distinction me paraît mériter quelque intérêt.

L'appendicite aiguë a, le plus fréquemment, un début brusque, elle est prise pour une indigestion dans un grand nombre de cas et ne s'accompagne d'aucune élévation thermique.

Chez les femmes, elle éclate de préférence au moment d'une époque. Y a-t-il de par la menstruation exaltation de la virulence du coli-bacille ou affaiblissement de la résistance, ou de simples phénomènes congestifs, bâtant l'évolution des lésions appendiculaires? Je ne sais, mais j'ai noté assez de fois ce mode de début pour accepter qu'il n'y ait là qu'une simple coïncidence.

Ce début, au moment d'une époque, peut dérouter l'observateur.

J'ai examiné, il y a deux ans, à Levallois, appelé par le Dr Dumouly, une jeune femme de 23 ou 24 ans qui avait dû s'aliter dans les circonstances suivantes : 5 à 6 jours auparavant, ses époques commençant à paraître, elle avait dû suivre un enterrement à pied par une pluie froide de novembre. An retour, elle souffrait du ventre et elle constata que ses règles s'étaient arrêtées ; aucune fièvre, aucun trouble digestif. Je crus d'abord à un accident de menstruation, peut-être un peu d'hématocèle rétro-utérine. Je constatai par le toucher vaginal que les culs-de-sac étaient absolument libres ; la fosse iliaque, au contraire, était empâtée et dure. Dès le soir, une incision fut pratiquée, qui donna issue à du pus fétide. 3 jours après, un pépin d'orange fut éliminé par la plaie. La guérison survint sans fistule.

Quel que soit le mode de début, l'appendicite se révèle surtout par de la douleur dans le ventre, localisée du côté droit, après avoir été générale, et surtout par de la douleur à la pression, par une induration et une tension douloureuses de la paroi abdominale et de la constipation : voilà les signes essentiels, les autres varient d'un cas à l'autre; la fièvre manque souvent, alors qu'il y a du pus et sans que nous puissions savoir pourquoi le pouls reste à 80, 90. Ailleurs les phénomènes gastro-intestinaux sont plus accentués, le ventre est ballonné, l'état général est plus touché, les traits sont altérés, l'émission des gaz plus ou moins supprimée ; on peut craindre l'extension et la généralisation de la péritonite péri-appendiculaire. Il ne faut pas se hâter de conclure à cette péritonite, sous peine d'avoir le triomphe opératoire pas trop facile. L'exploration minutieuse de tout le ventre, du creux épigastrique, du flanc gauche, des culs-de-sac par le toucher nous démontrera parfois qu'il y a plutôt du péritonisme que de la péritonite générale.

J'ai fait ces remarques au lit d'une malade gravement atteinte et adressée à Cochin, le 9 mai, il y a quelques mois, par le Dr Barth. Malgré l'état du pouls qui s'élevait à 120 et un certain degré de fièvre, je portai un pronostic relativement favorable et ne pratiquai qu'une incision latérale de la fosse iliaque droite. Il sortit du pus en assez grande abondance; quelques jours après une nouvelle collection s'ouvrit dans le trajet des drains et la guérison complète fut obtenue après 40 jours.

Dans les formes subaiguës assez communes, les phénomènes locaux prédominent : c'est encore la tuméfaction dure de la fosse iliaque droite, plus ou moins élevée, tantôt proche du petit bassin, tantôt remontée vers le rein, plus rarement reportée vers le centre ou le côté gauche du ventre.

La tuméfaction, qui s'accompagne d'un certain degré de météorisme, peut être très accentuée ; je suis d'accord avec M. Monod pour reconnaître une bénignité relative à ces cas à grosse tuméfaction; les symptômes généraux consistent surtout en un état dyspeptique, du dégoût pour les aliments, de l'insomnie, de l'amaigrissement; il s'y joint parfois des troubles réflexes du côté du cœur, qui présente des intermittences dans ses battements (un cas observé avec le docteur Guyot) et un état neuropathique pouvant aller chez un sujet prédisposé jusqu'à faire éclore des accidents vésaniques (cas observé avec le docteur A. Mathieu).

Ces formes évoluent en 3, 4 et 5 semaines avant d'aboutir à l'évidence d'une suppuration ou à la résolution.

Quelles sont les médications opératoires dans ces deux types d'appendicite aiguë et subaiguë ?

J'envisage d'abord cette dernière. Il est bien certain que plus que les autres, les appendicites subaiguës laissent au médecin une certaine latitude.

Lorsqu'une tuméfaction iliaque dure depuis plus de 8 jours, ou lorsque plus récente elle s'est développée sans aucune réaction générale et sans grande réaction locale, qu'elle est peu ou pas douloureuse spontanément, on est en droit de temporiser à la condition de surveiller étroitement son malade, de le condamner au repos au lit, à la diète lactée, d'éviter les purgatifs, d'user plutôt de l'opium, de faciliter le nettoyage du gros intestin à l'aide de simples lavements boriqués ou naphtolés, et de faire des applications continues de glace sur la région empâtée.

L'évolution guidera la conduite ultérieure : les signes locaux doivent rapidement décroître; s'ils augmentent ou si même ils restent seulement stationnaires, je suis d'avis d'intervenir.

Lorsqu'il s'agit d'appendicites franchement aiguës, ma conduite est tout autre : je ne m'inquiète pas de savoir s'il y a ou s'il n'y a pas de pus, je m'inquiète de prévenir une perforation, d'éviter un accident contre lequel je serai à peu près désarmé et, comme l'enkystement de la lésion par les adhérences est d'autant moins solide que nous sommes plus rapprochés du début de l'attaque, je suis d'autant plus interventionniste que je suis appelé plus tôt.

Mais, pour recommander avec tant d'insistance aux médecins l'intervention dans tous les cas d'appendicite vraiment aiguë, il faut que nous puissions leur démontrer que notre mode d'intervention possède au moins pour lui cet avantage : c'est d'être absolument innocent; c'est de ne pas aggraver la situation du malade.

Je repousse de toutes mes forces, comme je l'ai déjà fait dans cette Société, il y a trois ans, la pratique qui consiste à aller à la recherche de l'appendice pour le réséquer ; je condamne aussi bien celle qui se propose d'ouvrir à tout prix le foyer suppuré. En écartant les anses intestinales pour aller ouvrir un foyer non adhérent à la paroi, vous courez le risque d'inoculer votre péritoine, quelques soins que vous preniez ; vous avez beau protéger les anses, vous êtes à la merci d'un effort ou d'un mouvement du malade : ce ne sont pas des craintes chimériques, les aveux de plusieurs de mes collègues et ma propre expérience me le prouvent.

L'intervention doit consister à prendre une assurance contre la perforation de l'appendice et l'inoculation du péritoine ; pour cela il suffit d'adopter la pratique que j'ai préconisée il y a trois ans, le premier je crois : elle consiste à inciser de la manière classique la paroi abdominale au lieu d'élection. y compris le péritoine pariétal. Une fois le péritoine pariétal incisé, deux cas peuvent se présenter : ou bien le foyer adhère à cette paroi abdominale et alors, protégé par ces adhérences, vous pouvez aller plus loin, pousser avec prudence jusqu'au foyer et réséquer l'appendice s'il se montre à vous.

Mais fréquemment la masse phlegmoneuse est libre d'adhérences du côté de la paroi; celle-ci ouverte, vous voyez s'écouler un peu de liquide péritonéal transparent dont j'ai reconnu la stérilité dans un cas, puis vous apercevez la masse formée par la péritonite partielle péri-appendiculaire ; dans ces conditions, ne touchez pas à cette masse ; gardez-vous bien d'écarter les anses intestinales pour y pénétrer ; contentez-vous d'appliquer contre elles une large mèche de gaze iodoformée que vous ferez ressortir par votre plaie abdominale ; il est sans exemple qu'un abcès ne se dirige pas du côté où il rencontre le moins de résistance, du côté où d'avance est établi un drainage.

Voici alors ce qui se passe : parfois la résolution de l'induration s'opère et les phénomènes généraux tombent soudainement sans qu'à aucun moment la plaie suppure.

Nous avons observé deux fois ce mode de terminaison, entre autres chez une jeune fille âgée de 18 ans, observée en février 1894, avec le docteur Guéneau, de Levallois. Cette jeune fille avait été subitement prise le 27 février de douleurs vives dans le ventre bientôt, mais secondairement localisées au côté droit et accompagnées de vomissements qui durèrent toute la journée ; le 3 mars, frissons, température à 38°5 ; la fosse iliaque droite est le siège d'une tuméfaction dure ; les douleurs irradient vers la cuisse. Le thermomètre monte à 39°7 ; le 9 mars, l'empâtement s'est étendu vers l'ombilic.

Le 12 mars : 39° 2 : j'estime l'opération urgente. A cinq heures et demie du soir, incision classique, ouverture du ventre : on rencontre une masse contre laquelle nous appliquons de la gaze iodoformée. A huit heures du soir, la température tombe à 38° 5.

Le 13, elle est à 36° 7 et ne remonte plus désormais : peu à peu l'empâtement diminue et la résolution complète est obtenue en vingt-cinq ou trente jours.

Nous avons eu des nouvelles récentes : aucune récidive.

Le plus souvent, on retire au bout de trois ou quatre jours une mèche souillée de pus, l'évacuation de l'abcès se fait secondairement par le chemin qui lui a été tracé d'avance. Cela s'est en particulier produit chez un jeune malade adressé le 29 mars 1895 par le Dr Faisans.

Ce jeune homme avait été pris, le 18 mars, pendant son travail et sans aucun motif, de vives coliques dans tout le ventre ; les jours suivants, les douleurs se localisèrent dans la fosse iliaque droite. Le 21 mars, des vomissements verdâtres apparurent et la température s'éleva à 40°.

Le 30 mars, la température est à 38°8, le facies est grippé, la langue saburrale ; constipation ; ventre légèrement ballonné.

Dans la fosse iliaque droite, on sent une induration profonde très douloureuse, incision de la paroi abdominale : les différentes couches de cette paroi sont œdématiées. Une partie du cæcum se présente à la plaie, aucune adhérence ; le doigt introduit doucement dans l'abdomen perçoit une tuméfaction dure et profondément située : mèche de gaze iodoformée.

Le soir, la température s'élève encore à 39°6, mais elle descend le 31, matin, à 38°4 ; le 31, soir, à 37°7 pour demeurer ensuite entre 36°8 et 37°3.

Le 4 avril, la suppuration apparaît dans le pansement. La guérison s'obtient sans fistule dans les premiers jours de mai.

Sur nos 15 malades atteints d'appendicites aiguës ou subaiguës, 2 n'ont pas été opérés et ont guéri (appendicite subaiguë) ; 13 ont été opérés et ont tous guéri. Une seule malade, opérée par M. Sebileau, a gardé une fistule ster-

corale qui a nécessité une intervention ultérieure. Je me réservais de suivre les autres au point de vue d'une cure radicale par l'extirpation de l'appendice, je n'ai observé chez aucun d'enx de récidive; il est vrai que, pour la plupart, la crise pour laquelle je suis intervenu est relativement récente, mais quelques-uns ont été opérés il y a 2 et 3 ans et n'ont présenté depuis aucun accident.

En résumé, sur 18 cas d'appendicite aiguë : 3 présentaient de l'infection généralisée du péritoine, 2 ont été opérés, un a guéri; 15 étaient atteints d'appendicite aiguë ou subaiguë sans infection générale du péritoine; 13 ont été opérés : tous ont guéri.

Je conclus en disant :

1° Dans tous les cas d'appendicite avec infection généralisée du péritoine, l'intervention de rigueur est la laparotomie; la seule contre-indication est l'état de faiblesse extrême du sujet.

2° Les appendicites subaiguës et les appendicites à début aigu datant de 12 à 15 jours peuvent être traitées par les moyens médicaux, sauf à recourir à la chirurgie à la moindre alerte ou si seulement l'état reste stationnaire.

3° Les appendicites vraiment aiguës doivent être incisées dès les premiers jours, dès qu'un empâtement dur de la fosse iliaque indique la péritonite péri-appendiculaire.

L'opération est absolument inoffensive et n'aggrave jamais l'état du sujet, pourvu qu'elle se réduise à l'incision de la paroi abdominale au point empâté avec drainage à l'aide de la gaze iodoformée, sans aucune recherche ni de l'appendice ni du pus; elle a pour but d'empêcher l'issue du pus dans le péritoine; elle en assure l'écoulement au-dehors, soit primitivement soit dans les jours qui suivent.

A L'ÉTRANGER

AUTRICHE

Traitement local de la tuberculose du larynx,

par le Dr M. Hajek (de Vienne).

Il y a quelques années encore, à cette question : « Comment doit-on traiter la tuberculose du larynx ? » on ne donnait que cette laconique réponse : « Ne rien faire ». Ce mot exprimait bien notre complète impuissance envers cette terrible maladie. Le fait d'être aujourd'hui sorti de ce nihilisme thérapeutique peut être déjà considéré comme un heureux résultat; par ci par là, par un traitement actif approprié, nous obtenons quelques succès, mais nous devons avouer sincèrement qu'en général le résultat de notre méthode de traitement laisse bien à désirer.

Nous sommes loin de pouvoir préciser quel est le traitement qui dans telles circonstances donne le plus de chance de guérison.

Tout le monde est d'accord pour reconnaître qu'il faut essayer d'arrêter, de limiter le processus surtout au début. Mais il n'existe pas pour cela de traitement fixe bien déterminé; il faut choisir parmi les méthodes et les médicaments proposés ceux qui semblent les plus favorables pour le cas particulier.

Les agents antiseptiques en solutions ou en poudres sont aujourd'hui très employés. Depuis les communications de M. Schmidt, il n'est pas un antiseptique qui n'ait été employé. Ces médicaments ont une action favorable, mais, pour moi, ils ne produisent pas une guérison véritable, c'est-à-dire une cicatrisation. Le fond se déterge, l'ulcération prend une bonne apparence, des granulations se forment, il semble que ces ulcérations veuillent guérir, mais elles ne guérissent pas.

L'action de l'antiseptique est encore bien moins marquée pour la tuberculose infiltrée, il faut dans ces cas faire de profondes scarifications pour ouvrir à l'antiseptique une voie jusqu'au foyer tuberculeux.

Les antiseptiques ont cependant une certaine valeur : ils détergent, ils enlèvent cet enduit corrosif qui favorise l'extension du mal en surface et en profondeur. En même temps disparaît l'œdème de voisinage, ce qui a fait croire à une régression de l'infiltration tuberculeuse.

Ils empêchent enfin les infections secondaires au niveau des surfaces ulcérées, ce qui justifie leur emploi dans les cas où la méthode radicale ne peut être employée.

On emploie le baume du Pérou, la créosote en inhalations, le menthol en solution à 20 0/0 dans l'huile d'olive ou la glycérine, l'iodoforme, l'iodol, déposés directement ou lancés au moyen d'un insufflateur.

L'introduction de l'acide lactique dans le traitement de la tuberculose laryngée marque un grand progrès. C'est Mosetig Moorhof de Kranse qui en est l'auteur. Avec l'acide lactique et le traitement chirurgical introduit par Héryng nous avons le dernier mot de notre puissance thérapeutique actuelle contre la tuberculose du larynx.

Après frottement de l'ulcération avec l'acide lactique on voit le fond se recouvrir de granulations rouges abondantes et la guérison se produit bien plus fréquemment qu'après l'emploi d'autres moyens locaux. Le mode d'application a une grande importance : les applications superficielles de solutions étendues n'ont aucune valeur; il faut employer des solutions concentrées et frotter énergiquement. De plus, l'application doit être faite exactement au point malade. Il ne faut pas se contenter de promener machinalement le pinceau sur la muqueuse : il faut après chaque séance se convaincre que les parties malades ont été suffisamment frottées. Si la sensibilité est très vive, je cocaïnise le larynx, puis je frotte énergiquement jusqu'au sang; sur la surface cruentée, j'applique la solution lactique concentrée. Il se forme une croûte sombre qui met environ huit jours à se détacher; il faut attendre la chute de cette croûte pour frotter de nouveau. S'il ne se forme pas de croûte, il n'y a guère de succès à espérer.

En même temps que la croûte se forme, il se produit, au voisinage, une réaction plus ou moins intense avec rougeur et gonflement, réaction qui cesse au bout de quelques jours. Après trois ou quatre applications de solution concentrée, il faut laisser un plus long repos, pour voir si, après la chute de la croûte, il y aura tendance à la cicatrisation.

Par solutions concentrées, j'entends les solutions depuis 50 0/0 jusqu'à l'acide lactique pur.

Dans les cas où la sensibilité est très vive, on n'arrivera que progressivement à ces solutions concentrées.

La réaction de voisinage dont nous avons parlé a une certaine signification pronostique. Cette réaction est un bon signe, car, là où il y a réaction, il y a aussi tendance à la guérison.

Si la muqueuse reste pâle, la cicatrisation sera difficile.

La cautérisation lactique est indiquée dans deux ordres de cas :

1° Dans les cas d'ulcérations assez circonscrites ;

2° Dans les ulcérations plus étendues, mais où l'on peut espérer la guérison, en raison du bon état général.

Pour les cas de la première catégorie, j'insiste sur ce point que l'emploi de l'acide lactique n'a de raison que dans la forme ulcéreuse. Dans la forme infiltrée, c'est un non sens, puisque le mal est inaccessible. Il faut alors combiner ce traitement par l'acide lactique avec le traitement chirurgical, ce que beaucoup de laryngologues ont fait.

Pour les autres cas, il faut tenir grand compte de l'état général pour ne pas instituer un traitement pénible qui ne serait d'aucune utilité.

Il ne faut employer l'acide lactique que là où l'on peut espérer une guérison. Dans les autres cas, le traitement antiseptique

reprend ses droits pour désinfecter et empêcher les complications septiques (périchondrites aiguës, etc.)

Quand l'ulcération est bien limitée, c'est le curettage qu'il faut faire. Ce moyen héroïque, exécuté par Héryng pour la première fois, est employé avec enthousiasme par certains, tandis que d'autres le rejettent résolument. Je dois dire qu'avec nulle autre méthode on n'obtient d'aussi nombreux résultats, et ces résultats, qu'on ne peut nier, parlent plus haut que toutes les discussions. Ce qui occasionne le désaccord entre les laryngologues tient en grande partie à ce que nous ne sommes pas en état de poser des indications précises. Ici, il est laissé tant de place à l'initiative personnelle que les manières de voir diffèrent considérablement. Je vais, en quelques mots, préciser les idées généralement admises aujourd'hui pour le traitement chirurgical de la tuberculose laryngée.

Le curettage est indiqué dans deux ordres de cas :

1° Pour enlever les foyers circonscrits,limiter ainsi le processus tuberculeux et amener si possible la guérison ;

2° Comme traitement symptomatique pour enlever les parties ulcérées et infiltrées, qui occasionnent de la dyspnée et des accès de suffocation.

Quels sont les cas favorables au curettage ? Question très difficile à résoudre et qui dépend surtout de l'état général du malade d'une part, et de l'étendue des lésions locales d'autre part.

Le curettage ne convient qu'aux sujets dont l'état général est bon, chez qui la tuberculose pulmonaire n'est encore qu'au début et ne présente pas une marche aiguë. Il ne faut pas toucher aux malades fiévreux, sans appétit, même quand la limitation des lésions locales y inviterait. Cet état local n'entre en considération qu'en seconde ligne. L'expérience montre que les lésions sont ordinairement plus étendues qu'on ne peut le supposer de par l'examen laryngoscopique. L'infiltration limitée de la muqueuse interaryténoïdienne, des cordes vocales supérieures et inférieures, des replis aryténo-épiglottique et de l'épiglotte est ordinairement facile à enlever par la voie endolaryngée ; mais des infiltrations beaucoup plus étendues, comme l'épiglotte tout entière, le cartilage aryténoïde, peuvent très bien être enlevés dans des circonstances favorables.

Le curettage demande une grande sûreté de la part de l'opérateur ; les instruments sont variables selon les cas. Héryng a un instrument pour les tumeurs de la muqueuse interaryténoïdienne ; pour l'épiglotte, les replis aryténo-épiglottiques on prend les curettes doubles de Krause ; pour les ventricules, les cordes vocales, l'emporte-pièces de Tuerck, modifié par Landgraf. Somme toute, on choisit les instruments suivant son goût. L'enlèvement de la tumeur se fait en une ou plusieurs séances, suivant l'habileté de l'opérateur, la patience et la résistance du malade. Nulle part plus qu'ici, il ne faut tenir compte de l'individu ; c'est là que gît le secret des résultats favorables.

Chez un malade qui réagit après le curettage par de la fièvre et une dépression générale, il faut cesser le traitement chirurgical. Le malade résiste-t-il bien, au contraire, il faut agir énergiquement sans craindre de faire de trop grandes blessures, car ces blessures guérissent ordinairement extrêmement vite. Sur la surface curettée on doit, aussitôt après l'opération, appliquer de la solution lactique concentrée et attendre pour opérer de nouveau que la croûte soit complètement tombée. On voit alors s'il y a lieu de procéder à un autre curettage et s'il y a tendance à la cicatrisation. Souvent il se produit des récidives, sous forme d'une nouvelle infiltration ; il faut curetter aussitôt pour empêcher son extension.

Dans les cas où l'infiltration est diffuse, ou dans ceux où la trop grande extension du processus tuberculeux empêche l'extirpation totale, les scarifications profondes sont recommandées par Schmidt, avec frottement consécutif à l'acide lactique. On peut ainsi obtenir une diminution du gonflement et la cicatrisation au niveau des incisions.

Nous ne pouvons donner de statistique, mais les résultats sont évidemment meilleurs qu'autrefois. La cicatrisation est faite et la guérison durable, comme dans les cas de Héryng et de Schmidt. Il faut s'attendre cependant à des échecs. Tel malade avec un état général peu brillant, des lésions locales étendues, guérit, tandis que tel autre présente toujours de nouvelles récidives.

La deuxième indication du curettage est fournie, d'une part, par la présence de masses infiltrées de granulations douloureuses ; d'autre part, par des productions rétrécissant l'espace laryngé. Dans ces cas, c'est un traitement symptomatique dont la valeur est hors de doute.

Des malades, près de mourir d'inanition, éprouvent un tel soulagement à la suite de l'enlèvement des granulations douloureuses de l'épiglotte, ou d'un cartilage aryténoïde infiltré, qu'on voit leur poids augmenter et qu'ils deviennent même capables de remplir un emploi. Mais à quoi bon, dira-t-on ; ces malades vont mourir ? N'est-ce donc rien que de leur donner quelques mois d'existence supportable et de les empêcher au moins de mourir d'inanition ? Ne fait-on pas la gastrostomie dans le cancer de l'œsophage pour empêcher le malade de mourir de faim, puisqu'on ne peut espérer le guérir ?

On a aussi essayé l'électrolyse et obtenu quelques résultats favorables. Je ne crois pas que ce mode de traitement ait un grand avenir, on arrive plus vite au but avec une curette, et ce traitement demande bien moins de sûreté opératoire que l'électrolyse.

On emploie encore la laryngotomie et la trachéotomie. Sur la laryngotomie avec nettoyage consécutif des parties tuberculeuses, on n'a que quelques expériences, et encore ne sont-elles pas encourageantes.

Il n'en est pas de même pour la trachéotomie ; il faut la faire avant que la dyspnée n'ait atteint un haut degré. Dans un certain nombre de cas, il survient après la trachéotomie une amélioration rapide de l'état général, l'inflammation s'apaise et le gonflement disparaît.

On a même signalé des cas de guérison. Il semblerait donc indiqué d'employer la trachéotomie quand, avec des lésions locales avancées, l'état général reste très bon. En pratique, les indications ne se laissent pas toujours poser strictement. Car, pour le malade, la trachéotomie est une grosse chose à laquelle il ne se résout que très difficilement.

Il va sans dire, en terminant, que quel que soit le mode de traitement local employé, le traitement général a une grande importance. Nous n'insistons pas davantage, car ce n'est pas l'objet principal de cette communication.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 24 juillet. — Présidence de M. Théophile Anger.

A propos de la lecture du procès-verbal de la dernière séance, **M. Reclus** lit une lettre de **M. Pousson** (de Bordeaux), qui s'explique sur le procédé de constriction de la racine de la verge qu'il a employé pour prévenir l'hémorrhagie dans l'uréthrectomie externe (Voir *Gazette Médicale*, du 20 juillet 1895). M. Pousson ne partage pas l'opinion émise par M. Quénu. Il considère tonte constriction digitale de la verge comme insuffisante, en raison du manque de plan osseux résistant dans la constitution de cet organe. Il la considère aussi comme un embarras pour l'opérateur, embarras que ne sauraient faire disparaître même les doigts les plus adroits dans l'assistance chirurgicale.

Quant au fait d'avoir suturé l'enveloppe fibreuse des corps caverneux, M. Pousson n'en réclame pas la paternité. Il revendique seulement le fait d'avoir, un des premiers, pratiqué la résection d'un segment de l'urètre pénien.

De l'usage du bouton de Murphy.

M. Reclus lit, au nom de **M. Forgues** (de Montpellier), une observation d'ancien anus contre nature traité par l'entérectomie avec usage du bouton de Murphy. L'opération fut d'une exécution rapide. Néanmoins, le malade est mort quelque temps après.

M. Chaput. — L'observation de M. Forgues est intéressante au plus haut point, mais elle prouve, avant tout, combien est difficile l'application du bouton de Murphy. Cette difficulté se montre surtout lorsque les parois de l'estomac ou de l'intestin sont plus épaisses que la rainure du bouton. Or, cela se voit couramment, à la suite de phlegmasies que ces organes ont subies.

Quoi qu'il en soit de ces difficultés, je dois dire, néanmoins, que j'ai récemment employé deux fois le bouton de Murphy, dans un cas de gastro-entérostomie et dans un cas de hernie gangrenée; or, dans ces deux opérations, la méthode de Murphy m'a été plutôt favorable.

J'ai parcouru, depuis, la littérature chirurgicale, j'ai lu environ 200 observations où sont relatés les résultats du bouton de Murphy, et voici les remarques que j'ai faites :

La sténose intestinale, consécutive à l'emploi du bouton de Murphy, se rencontre rarement. J'en ai lu deux observations où elle était probablement due à l'épaississement des parois de l'estomac ou de l'intestin.

L'occlusion par le bouton se voit quelquefois. Dans un cas, particulièrement, les matières fécales avaient oblitéré l'orifice du bouton.

Il existe aussi des cas dans lesquels il y a eu séjour prolongé du bouton dans l'intestin sans occlusion. Néanmoins, le bouton peut oblitérer de lui-même la lumière de l'intestin quand il se place de champ, par exemple, dans l'axe du tube intestinal. La durée de ce séjour est variable. Elle peut être de quelques semaines. Elle a été dans un cas de 145 jours.

On rencontre également des cas de sphacèle de l'intestin et de perforation. Le sphacèle est rare. La perforation est plus fréquente. J'en ai lu 24 cas, dont huit dans des gastroentérostomies, 16 dans des opérations sur l'intestin. Il y a plusieurs mécanismes pour expliquer cette perforation.

C'est d'abord le sphacèle qui peut couper l'intestin pour ainsi dire à l'emporte-pièce. Ce sont ensuite les cas où l'on applique le bouton sur des estomacs ou des intestins à parois trop épaisses, cas dans lesquels les parois forment des plis qui engendrent des solutions de continuité. Ce sont enfin les cas de collerette trop volumineuse autour du bouton.

Quant à la technique de la méthode de Murphy, je veux simplement insister sur quelques points. Il faut bien savoir tout d'abord que les deux chefs de la suture en bourse doivent être serrés par le milieu et non par l'extrémité du bouton. Il faut les serrer suffisamment de façon à obtenir une fermeture hermétique sans trop réduire la collerette qui doit disparaître. Il est bon de faire, enfin, des sutures intestinales séro-séreuses complémentaires.

Quant à juger ici de la valeur réelle du bouton de Murphy, je me contenterai de dire que, pour moi, cette intéressante méthode doit être réservée aux cas pressés dans lesquels la réunion des deux bouts de l'intestin doit être rapidement faite. Mais je crois que, dans les cas qui se présentent bien, la suture intestinale à trois étages, telle que nous la faisons, donne de meilleurs et surtout de plus sûrs résultats que l'emploi du bouton de Murphy.

M. Terrier. — Je suis un partisan convaincu de l'emploi du bouton de Murphy que j'emploie couramment quand je fais la gastro-entérostomie. Il me donne généralement de bons résultats. Néanmoins, voici les pièces d'un mes opérés, mort d'un gros cancer du foie quelques mois après l'opération que je lui avais faite. Je tiens à vous les montrer parce qu'elles seront un enseignement prouvant que le cours des matières avait parfaitement lieu au niveau de l'application du bouton de Murphy.

Quant au bouton, qu'est-il devenu? Je n'en sais rien. Je ne suis pas resté 145 jours à l'attendre. Mais j'affirme qu'il sera sorti sans qu'on s'en aperçoive, car il n'existait à l'autopsie en aucun point de l'intestin.

Traitement de l'appendicite.

M. Quénu lit les conclusions de sa communication qu'il n'avait pas eu le temps de lire à la fin de la dernière séance. (Voir la Clinique chirurgicale de M. Quénu en tête du présent numéro de la *Gazette Médicale).*

M. Nélaton. — C'est d'abord d'une forme enkystée à foyers multiples de l'appendicite aiguë que je veux parler et mon dire sera basé sur des cas vus à l'autopsie. C'est là seulement que l'on peut juger nettement de l'étendue des lésions de l'appendicite.

Dans un premier cas, il s'agit d'un malade que l'on m'amène dans l'état suivant : pas de dissociation du pouls et de la température, bonnes dispositions de l'état général, mais empâtement dans la fosse iliaque droite. J'ouvre, selon la règle, la paroi abdominale au-dessus de l'arcade crurale. J'évacue des quantités considérables de pus. Selon les préceptes de Quénu, je me garde de déplacer les anses intestinales et d'ouvrir toute grande la porte du péritoine.

Mon malade meurt. A l'autopsie, je vois deux foyers purulents. Le premier, celui que j'avais vidé, était libre. Mais il en existait un second, entre la vessie et le rectum, enkysté entre les anses de l'intestin grêle.

Dans un second cas, chez une jeune fille qui a tous les signes de l'appendicite aiguë, je vide deux collections localisées : l'une, dans l'excavation pelvienne; l'autre, dans la région lombaire.

Ma malade meurt. A l'autopsie, je vois quatre foyers : les deux que j'avais libérés et deux autres volumineux situés entre les anses intestinales.

Voilà donc des faits constatés sur le cadavre et qui ne sont susceptibles d'aucune contradiction. Ils se rapprochent, d'ailleurs, de ceux dont nous parlait notre collègue, M. Brun, à la dernière séance (Voir *Gazette Médicale* du 20 juillet 1895). Ce sont là, je le répète, des formes d'appendicite qu'il faut laisser à l'anatomie pathologique seule. La clinique ne saurait qu'en faire.

Je ne crois pas, en effet, que le diagnostic de ces appendicites enkystées puisse être sûrement fait. Il n'y a pas de signe pathognomonique qui les distingue de la péritonite généralisée. Or, c'est précisément là le point qui nous intéresse le plus. Nous voudrions savoir d'une manière indubitable quand il y a péritonite généralisée, quand il y a, au contraire, péritonite enkystée. Mais c'est ce que nous ne pouvons pas savoir, faute de symptômes nettement différentiels dans les deux cas.

Il existe, cependant, un signe, et c'est le seul auquel j'attribue pour ma part une grande valeur. *C'est la fausse occlusion intestinale.* C'est là le signe qui, aujourd'hui, me porte à songer à l'appendicite, quand mon esprit est dans le doute. J'ai vu, en effet, des erreurs de diagnostic qui confirment mon opinion.

Je rejette donc, en faveur de la péritonite généralisée, le signe de la dissociation entre le pouls et la température qui peut être certain chez les enfants, mais que j'ai vu en défaut dans bien des cas chez l'adulte.

Mais, quand je rencontre, chez un malade, un météorisme très faible avec une *douleur circonscrite* et non généralisée, des vomissements, très peu de gaz rendus par l'anus et le facies caractéristique, j'ai coutume de penser maintenant à des lésions de péritonite enkystée.

Donc, en dehors de cette *fausse occlusion intestinale*, je ne connais pas de signe pathognomonique différentiel entre la péritonite enkystée et la péritonite généralisée.

Au résumé, je juge inutile de faire des subdivisions anatomopathologiques de l'appendicite. J'en reste au chapitre du diagnostic et du traitement.

J'ai dit ce que je pensais du diagnostic. Quant au traitement, je

récuse d'abord toute intervention médicale par massage, lavements d'ean de seltz et électrisation qui ont les plus funestes résultats, pour me cantonner dans l'intervention chirurgicale telle que nous sommes convenus de la faire en temps et lieu.

Mais, contrairement à l'avis de mon ami Quénu, après les deux cas des péritonites enkystées que je vous ai rapportés au début, je n'hésiterai pas à suivre l'exemple de M. Routier et à séparer les anses intestinales agglutinées pour aller à la recherche du pus.

Je termine en disant que, devant des symptômes de fausse occlusion intestinale, en raison de l'importance que je leur attribue, ma conduite serait la suivante:

J'ouvrirais dans la fosse iliaque droite comme pour faire un anus contre nature, j'explorerais la région péricæcale et, si je ne voyais là ni collection de pus, ni lésions appendiculaires, je ferais l'anus contre nature projeté.

M. Gérard-Marchand. — J'apporte onze observations d'appendicite aiguë depuis notre dernière discussion. Je ne veux pas les détailler. Je ne veux pas davantage parler des appendicites à répétition sur lesquelles nous sommes tous d'accord pour intervenir.

Mais je crois que, dans cette question de l'appendicite, il ne faut pas perdre de vue l'ancienne division entre les typhlites et les pérityphlites. Il est entendu que les typhlites guérissent seules, mais la pérityphlite diffère et de symptômes et de thérapeutique.

Je veux seulement parler, à ce sujet, des abcès appendiculaires extra et sous-péritonéaux. On les voit généralement dans les semaines et même dans les mois qui suivent l'attaque d'appendicite. Ils sont précédés d'une période latente avec douleur et réaction péritonéale. Leur diagnostic est rendu difficile par la présence de phénomènes généraux parfois intenses et faisant penser, soit à de la méningite, soit à du rhumatisme articulaire aigu.

Mais, bientôt, l'abcès commence sa migration. J'insiste sur cette migration de la collection purulente appendiculaire. Elle peut se faire par une perforation de l'aponévrose et aller saillir dans la région lombaire, par exemple, comme j'en ai vu un cas. Elle peut aussi être localisée dans la région de la fosse iliaque et être néanmoins sous-péritonéale. C'est dans ces cas qu'il faut spécialement recommander de n'ouvrir le péritoine qu'après s'être assuré qu'il n'existait pas de collection sous-péritonéale.

J'ai vu, enfin, des cas de péritonite généralisée sans perforation de l'appendice quelque lésé qu'il fût. Je les appellerai des péritonites par propagation en attendant de pouvoir mieux les dénommer. Je ferai remarquer que ces péritonites par propagation au cours de l'appendicite sont moins graves que les péritonites par perforation.

Extirpation du ganglion de Gasser.

M. Pelletier présente un malade et remet une observation. Le malade a subi l'extirpation du ganglion de Gasser par le procédé suivant : résection du maxillaire supérieur et trépanation de la voûte du crâne en se servant comme fil conducteur du nerf dentaire et du maxillaire inférieur. Ce procédé permet de lier la méningée moyenne à temps et d'éviter ainsi sa blessure.

L'observation est renvoyée à M. Gérard-Marchand qui est chargé d'en faire un rapport. J. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 juillet.

Prophylaxie de l'alcoolisme.

M. Laborde. — M. Bergeron et moi, nous avons demandé que la législation des alcools assure la pureté des produits alcoolisés livrés à la consommation.

A ce propos, M. Daremberg a fait remarquer que le bouquet des alcools était dû à des impuretés et que l'alcool pur est si fade qu'il est imbuvable. Il a même ajouté que les liqueurs est cognacs fabriqués étaient moins toxiques que les cognacs naturels. C'est surtout du furfurol ou aldébyde pyromucique que M. Daremberg a trouvé dans les cognacs de baute qualité. Les affirmations de M. Daremberg me semblent hasardées. Il faut bien savoir, en effet, que la plupart des liqueurs fabriquées sont faites, non au moyen de l'alcool éthylique, mais au moyen d'alcool amylique, iso-propylique, etc. L'on sait combien ces liqueurs, qui permettent un bas prix, sont en revanche toxiques.

L'essence de cognac, qui sert à parfumer les eaux-de-vie, l'essence de rhum, le bitter qui renferme de l'aldébyde salicylique et du salicylate de méthyle, tous agents fort épileptisants, sont des substances très toxiques.

Le vin blanc lui-même est altéré par l'adjonction de l'huile de vin qu'on y fait entrer dans le but de l'aromatiser. L'huile de vin, qui provient de l'action de l'acide nitrique sur différentes huiles, est également douée d'une haute toxicité. Tout cela, sans parler d'autres éthers et aldéhydes moins toxiques, comme l'éther œnanthique.

On voit qu'il y a là des faits de baute importance. On voit aussi que certains produits devraient être absolument rejetés dans la fabrication des liqueurs. Les pouvoirs publics devraient être renseignés par nous à cet égard, et nous devrions leur faire connaître les substances qu'ils pourraient tolérer.

Ce sont-là des questions sur lesquelles nous n'arriverions à une solution qu'en nommant une commission qui aurait pour mission d'éclaircir les différents points qu'elles comportent; cela est d'autant plus utile, que c'est l'hygiène publique qui est en jeu dans cette discussion.

M. Magnan. — Dans le département de la Seine, l'alcoolisme depuis quelques années a pris des proportions alarmantes. Ainsi à Sainte-Anne nous avons reçu 775 alcooliques pendant 1894, et il y a eu en tout 3,740 entrées cette année-là. Ces 775 alcooliques se décomposaient ainsi : 624 hommes et 151 femmes. Nous avons donc la proportion de 30.11 0/0 pour les hommes, de 9.05 0/0 pour les femmes.

Les délirants alcooliques sont traités comme les aliénés ordinaires, et cependant il faut bien savoir que le régime et l'hygiène des asiles d'aliénés ne conviennent nullement aux alcooliques. En effet, dans l'asile actuel, on ne peut qu'amender les accidents aigus ou subaigus de l'alcoolisme, mais on est sans action sur les dispositions des individus pour les boissons alcooliques.

Il faut donc pour les alcooliques des asiles où, outre le régime nécessaire, ils trouvent un milieu plus moralisateur, un genre de vie capable de modifier leurs babitudes, des conseils enfin qui les aident à entrer dans la voie de la tempérance. Le Conseil général de la Seine a récemment voté les fonds nécessaires pour un asile d'alcooliques délirants. Plus tard, il s'agira de s'occuper de voter un asile pour les alcooliques non délirants.

Aussi, aujourd'hui, je ne veux que demander à l'Académie d'ajouter à la proposition de vœu de MM. Bergeron et Laborde, sur les mesures prophylactiques contre l'alcoolisme, un article additionnel qui serait ainsi conçu :

« L'Académie émet le vœu qu'il soit créé des asiles spéciaux d'alcooliques, seuls capables d'amender et de guérir les victimes de l'alcool. »

Du diabète.

M. Worms. — Sur 100 personnes appartenant à un milieu intellectuel assez élevé, comme les artistes, les savants, les hommes d'affaires, les médecins, etc., âgés de quarante à soixante ans, il y a dix diabétiques latents ou conscients de leur état.

Mais il convient aussi d'étudier quel est le rapport entre les cas de diabète léger à évolution lente et les cas de diabète grave, cachectique, mortel à échéance rapide. La grande partie des diabétiques, qui se soignent, est atteinte de diabète léger. Les cas graves, en effet, sont rares. Ainsi, il y a six ans, je présentais à l'Académie de Médecine une statistique portant sur quarante et un diabé-

tiques, que je connaissais et soignais depuis vingt-quatre ans. Je n'avais vu à ce moment que trois morts, et encore s'agissait-il une fois d'un enfant. J'avais alors une proportion de 7 0/0 de cas graves. Mais, aujourd'hui, je crois qu'il faut compter 5 0/0 de cas graves, d'après l'ensemble des diabétiques qu'il m'a été donné d'observer.

A cette même époque, j'ai montré combien était variable la quantité de sucre rendue par un diabétique, dont le régime et le traitement sont invariables, et dont les occupations et le genre de vie ne sont guère sujets à modifications. Mais toute question de traitement et de régime mise à part, différentes analyses m'ont permis de voir combien étaient grandes les oscillations du sucre dans les urines des diabétiques. Les grandes oscillations de la courbe du sucre se voient donc assez fréquemment, et cela sans qu'on puisse accuser autre chose qu'émotions morales ou excès physiques.

Mais il faut bien savoir que souvent le régime et le traitement méthodiques maintiennent le sucre au-dessous de quinze grammes, le font même disparaître pendant longtemps. Toutefois, ce n'est pas là une guérison. La glycosurie, en effet, reparaît après une longue période de disparition du sucre.

La question du traitement ne me paraît guère modifiée depuis la communication que j'ai faite à ce sujet, en 1893. C'est toujours le régime antidiabétique de Bouchardat, qui est la base du traitement. Aucun médicament ne donne de bons résultats s'il ne lui est pas associé. Encore est-il nécessaire d'ajouter que pendant les périodes d'épreuves destinées à mesurer le degré de réductibilité de chaque diabétique seules, le traitement doit être appliqué dans toute sa rigueur. Est-il trop prolongé, le traitement devient pernicieux et favorise l'éclosion des accidents comateux. Les diabétiques doivent produire du sucre sous peine d'être exposés à de graves accidents.

Cependant, à propos du traitement, il est deux faits que je veux signaler : le pain de gluten me semble avantageusement remplacé par le pain de Pavy, fait avec de la farine d'amandes. Ce pain ne renferme que 7 à 8 0/0 d'amidon, contre 40 ou 60 0/0 qu'en contient le pain de gluten.

D'autre part, je rappellerai qu'en 1881, j'avais montré les avantages que l'on peut retirer de la quinine. Beaucoup de médecins, depuis cette époque, l'ont adoptée.

M. Landouzy lit une note de MM. Lalesque (d'Arcachon) et Rivière (de Bordeaux), où ces auteurs montrent que les poussières recueillies dans les chambre de tuberculeux, après désinfection, sont dépourvues de propriétés virulentes. J. P.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 19 juillet.

Pathogénie des accidents observés après la sérumthérapie.

M. Sevestre. — La récente communication de M. Moizard a eu un certain retentissement, non seulement parmi les médecins, mais encore dans le public extra-médical. Elle paraît avoir provoqué dans certains cas une opposition plus ou moins vive à l'application de la sérumthérapie. Deux fois depuis quinze jours j'ai été appelé en consultation pour décider de l'opportunité des injections. Le sérum est-il bien coupable des accidents qu'on veut lui imputer? Sans préjuger rien ni vouloir en ce moment résoudre définitivement la question, je tiens à apporter un fait d'accidents observés après les injections de sérum de Roux, pour lequel une toute autre explication pathogénique me paraît devoir être adoptee.

Il s'agit d'une fillette de cinq ans que j'ai vue pour la première fois le 17 mai dernier. Elle présentait depuis quelque temps déjà de l'enchifrènement et de l'obstruction des narines et avait été déjà assez souffrante le jeudi 16 mai ; quand je la vis le 17 au matin elle présentait les symptômes cliniques d'une angine diphtérique de moyenne intensité. L'examen bactériologique confirma d'ailleurs le diagnostic : nombreuses colonies de bacille moyen, streptocoques et deux ou trois colonies de staphylocoques ; je fis une injection de sérum de 20 centimètres cubes et en deux on trois jours tout rentra dans l'ordre.

Le 24 mai, éruption d'urticaire qui disparut rapidement.

Le 28 mai. Nouvel examen bactériologique. Bacille moyen associé au streptocoque. Devant la persistance de l'obstruction des narines et pour assurer la destruction des bacilles persistants, j'ordonnai le 30 mai des irrigations nasales, qui évacuèrent des mucosités de mauvaise apparence.

Le 1er juin, apparut brusquement une fièvre intense avec des symptômes d'embarras gastrique. En même temps existait un gonflement notable du cou, dû à la tuméfaction des ganglions lymphatiques, s'étendant à toute la partie supérieure du cou. La gorge était rouge.

Le 2 juin au matin, je constate trois phénomènes — une éruption, sous forme de roséole discrète assez limitée — les articulations du poignet sont douloureuses — la gorge présente un léger exsudat blanchâtre. Cette éruption ne pouvait être mise sur le compte d'une légère dose d'antipyrine donnée la veille.

Quant au léger exsudat de la gorge, son aspect clinique ne rappelait en rien la diphtérie. D'ailleurs, dans l'après-midi, l'angine avait déjà bien diminué. Je ne fis donc point de nouvelle injection de sérum. Par contre, les douleurs articulaires augmentèrent, atteignant les poignets, les genoux, les articulations tibio-tarsiennes, et même les articulations vertébrales. L'enfant eut des selles très fétides; elle était fort abattue. La nuit fut extrêmement agitée.

Le 3 juin, au matin, l'enfant est dans un état d'accablement profond. Le pouls petit est fréquent et irrégulier. Les articulations des poignets et du genou droit sont très gonflées. L'éruption s'est étendue à toute la surface du corps ; elle est polymorphe, scarlatiniforme sur certains points, rubéoliforme sur d'autres. Il existe des signes d'infection profonde.

Cependant l'exsudat amygdalien est totalement disparu et les ganglions du cou sont diminués. Le soir, même état général. Anurie complète pendant toute cette journée. L'état de l'enfant m'inspira, tout ce jour, de vives inquiétudes. Je mis en œuvre divers moyens : lait, ballons d'oxygène, lavements froids, et heureusement le 4 juin, au matin, je constatai une grande amélioration : retour des urines, diminution des douleurs articulaires et disparition de l'éruption. Deux examens bactériologiques pratiqués ensuite montrèrent la persistance du bacille de Lœffler virulent, associé au streptocoque.

Les accidents que je viens de relater sont-ils dus à l'injection de sérum? On peut lui attribuer la première éruption d'urticaire du 24 mai ; mais pour les autres accidents et à l'angine observée le 1er juin, ils nous paraissent être le fait d'une infection streptococcique. La présence du streptocoque a d'ailleurs été démontrée par l'examen bactériologique. Malgré la persistance du bacille de Lœffler, nous avons pensé qu'il ne jouait à vrai dire aucun rôle dans l'angine observée à ce moment et l'évolution de cette angine nous a donné raison. Le véritable agent de cette angine et du gonflement ganglionnaire voisin était le streptocoque, auteur, par conséquent, de tous les accidents observés.

Y a-t-il une relation entre les lavages du nez et l'apparition de ces infections streptococciques ? Le traumatisme produit par un premier lavage des cavités nasales, quelque léger qu'il ait pu être, peut certainement avoir favorisé la dissémination du streptocoque et exagéré sa virulence (1).

Peut-être pourrait-on proposer une explication analogue pour le fait de M. Moizard. Je lui demanderai si on a constaté la présence du streptocoque dans son cas.

(1) M. Lubet-Barbon et d'autres rhinologistes ont insisté sur les dangers que pouvaient offrir à ce point de vue les lavages du nez en favorisant des infections streptococciques ou pneumococciques.

En outre, j'ai vu assez souvent à l'hôpital Trousseau des enfants présentant des éruptions polymorphes et des arthralgies, chez lesquelles l'examen bactériologique avait révélé la présence du streptocoque seul ou associé au bacille de Lœffler. Dans un cas d'arthrite ayant suppuré, on trouva des streptocoques dans le pus.

L'histoire de la petite Germaine X..., publiée dans les Bulletins de la Société anatomique par mon interne, M. Meslay, est également intéressante à ce point de vue. Elle reçut, à la fin de novembre et en décembre 1894, 80 centimètres cubes de sérum de Roux, sans aucun accident, sauf une légère poussée d'urticaire. Le 3 janvier, elle fut trachéotomisée. Le 4 janvier, on constata dans le pus s'écoulant par la canule la présence de streptocoques, de staphylocoques et de pneumocoques. Le 7 janvier, apparut un érythème polymorphe avec fièvre, dû certainement à une intoxication par le streptocoque. On ne pouvait incriminer le sérum qui n'avait pas été employé depuis le commencement de décembre.

Les érythèmes et les arthralgies ont d'ailleurs été signalés dans la diphtérie bien avant les injections de sérum, et on les attribuait généralement au streptocoque.

Dans sa thèse, M. Mussy a trouvé, sur 14 cas, 13 fois le streptocoque seul ou associé au bacille de Lœffler. M. Bernardbeig a également noté la présence du streptocoque dans la plupart de ses observations de rhumatisme postdiphtérique.

En présence de ces divers faits, il est donc prudent d'attendre avant d'attribuer, d'une façon absolue, au sérum des accidents analogues à ceux qu'a observés M. Moizard.

M. Moizard reconnaît que la présence ou l'absence de streptocoques n'a pas été signalée dans le cas qu'il a rapporté. C'est là une lacune regrettable. D'autre part, il existe des différences considérables entre son cas et celui de M. Sevestre. L'angine a été légère, le nez n'a pas été atteint et, au moment de l'éclosion des accidents qui ont emporté le malade, la gorge était absolument guérie ; au contraire, dans le cas de M. Sevestre, il y a eu une nouvelle poussée d'angine, due au streptocoque.

Les éruptions observées autrefois dans la diphtérie n'avaient pas le polymorphisme de celles que donne le sérum, elles étaient scarlatiniformes. Leur fréquence était beaucoup moins considérable.

Les arthropathies de la diphtérie étaient également très rares, comparativement à la fréquence des arthralgies du sérum. Ce sont des manifestations des infections secondaires, leur évolution est bien différente des accidents articulaires du sérum. Elles ont une grande tendance à la suppuration et se présentent souvent sous la forme de périarthrite limitée à une articulation.

Les arthralgies du sérum sont multiples et curables, généralement passagères. M. Moizard est d'accord sur la difficulté d'interprétation de ces divers faits. Cependant, pour son malade, il ne croit pas à l'origine streptococcienne des accidents et il continuera à incriminer le sérum.

En ce qui le concerne, ce fait ne l'a pas empêché et ne l'empêchera pas d'user des bienfaits de la sérothérapie tout autant qu'avant.

M. Chantemesse a vu, à la suite de l'érysipèle, des éruptions et des arthralgies analogues.

Ici, l'influence du streptocoque ne peut être mise en doute. Il insiste en particulier sur ces arthralgies, souvent passagères, et sans aucune tendance à la suppuration, où l'influence du streptocoque est indéniable.

M. Chantemesse est partisan des injections préventives. Il a injecté systématiquement 2 à 5 centimètres cubes à tous les nourrissons entrés dans son service de crèche, sans aucun accident, sauf quelques légers érythèmes. Aucun enfant n'a contracté la diphtérie dans le service.

M. Queyrat regrette la communication de M. Moizard au point de vue du tort qu'elle peut causer à la sérothérapie.

M. Rendu. — La communication de M. Moizard ne peut porter aucun préjudice à la sérothérapie. Dans toute médication nouvelle il peut y avoir des accidents, et on a le devoir de les publier. La balnéation froide dans la fièvre typhoïde a parfois occasionné des accidents mortels que les adversaires de la méthode se sont empressés de publier et avec raison. Cette méthode n'en reste pas moins le meilleur traitement de la dothiénentérie. Tont en continuant sans crainte aucune les injections de sérum, il ne faut pas sérothérapiser à tort et à travers.

M. Guyot. — Quel avantage d'ailleurs y aurait-il à intervenir dans les cas légers, quand la nature diphtérique de l'angine n'est pas démontrée?

M. Chantemesse. — En injectant préventivement, on évite la contagion.

M. Sevestre. — La diphtérie est en somme très peu contagieuse et, dans les cas légers ou douteux, il y a intérêt à attendre le résultat de l'examen bactériologique.

M. Du Cazal. — Dans les cas sérieux, il faut au contraire intervenir sans attendre les résultats de l'examen bactériologique. Un homme est entré dans mon service avec les signes cliniques d'une angine diphtérique à forme grave. Un premier examen bactériologique ne donna que des cocci et des streptocoques. On ne fit pas d'injection. Une nouvelle culture montra la présence du bacille de Lœffler et le sérum fut alors injecté ; malheureusement trop tard puisque le malade mourut.

Le rétrécissement infundibulaire ou préartériel de l'artère pulmonaire.

M. Barié. — J'ai observé récemment une femme atteinte de maladie d'Addison, qui présentait, en outre, un rétrécissement préartériel pulmonaire des plus caractérisés. Il consistait dans un anneau dur, scléreux, blanchâtre, limitant une ouverture de 5 millimètres de diamètre environ. La longueur de ce canal rétréci était d'un centimètre environ ; ses parois étaient dures et rugueuses, mais son trajet était rectiligne, sans brides ou cloisons intermédiaires ; le rétrécissement siégeait à 25 millimètres au-dessous de l'orifice pulmonaire absolument sain ; les valvules sigmoïdes qui le forment étaient normales et suffisantes à l'épreuve de l'eau. Au-dessus du rétrécissement l'artère pulmonaire était dilatée ; se parois étaient lisses et non épaisses. Le ventricule droit était dilaté et ses parois mesuraient 15 millimètres d'épaisseur.

L'orifice tricuspidien et sa valvule étaient normaux. Le cœur gauche ne présentait aucune lésion, pas plus que l'aorte et l'orifice mitral. Au point de vue clinique, l'affection donnait lieu à un frémissement vibratoire systolique extrêmement intense, et à un souffle râpeux, commençant à la systole et persistant pendant toute la durée du petit silence jusqu'à l'apparition du second bruit. Le cœur était un peu volumineux, et sa dilatation portait surtout sur les cavités droites, car la pointe, peu abaissée, était rejetée en dehors du mamelon, dans l'aisselle gauche.

Ces signes physiques ne s'accompagnaient d'aucun symptôme de cardiopathie, sauf quelques palpitations, et la malade mourut de cachexie addisonienne, avec des signes de tuberculose pulmonaire peu accentués, justifiés à l'autopsie par la présence de granulations tuberculeuses peu confluentes au sommet. En réunissant cette observation aux faits antérieurement publiés, d'ailleurs très peu nombreux, et en les comparant entre eux, je crois qu'on peut résumer l'histoire du rétrécissement préartériel de l'artère pulmonaire, dans les propositions suivantes :

Le rétrécissement infundibulaire ou préartériel de l'artère pulmonaire est une affection rare, comparée aux autres variétés de sténose pulmonaire ; sur neuf cas, on l'a observé six fois chez la femme.

L'affection donne naissance à un frémissement cataire, systolique, intense, et à un bruit de souffle également systolique et d'une grande rudesse. Son maximum d'intensité se trouve dans une zône limitée entre la troisième articulation chondro-sternale

gauche et la pointe du cœur; en ce dernier point, le souffle est parfois encore très intense, mais la propagation vers l'aisselle est nulle ou à peine ébauchée.

La localisation particulière du bruit de souffle dans le rétrécissement préartériel permet de distinguer celui-ci du rétrécissement siégeant au niveau de l'orifice de l'artère pulmonaire, dont le souffle a son maximum dans le deuxième espace intercostal gauche le long du sternum.

Le rétrécissement préartériel peut être congénital ou acquis; ce dernier paraît plus fréquent; quelques observations semblent établir l'influence étiologique du rhumatisme articulaire.

Le rétrécissement préartériel présente une analogie étroite avec le rétrécissement sous-aortique; comme lui il reconnaît comme origine une endo-myocardite, dont le point de départ est difficile à établir.

Comme les autres variétés de sténose de l'artère pulmonaire, le rétrécissement préartériel peut se compliquer de tuberculose pulmonaire; cette complication ne paraît cependant pas fréquente.

Des influences nerveuses envisagées au point de vue des causes et des effets de l'érysipèle.

MM. Chantemesse et **Sainton.** — Les rechutes d'érysipèle observées dans la proportion de 12 pour 100 des cas ont été fréquemment causées, chez les femmes surtout, par un violent accès de colère ou par une émotion vive.

L'érysipèle cataménial est probablement favorisé par l'excitabilité nerveuse spéciale qui accompagne les règles. Une autre cause de rechute, le froid, agit aussi probablement par l'intermédiaire du système nerveux.

La plus grande fréquence de contagion de l'érysipèle en ville s'expliquerait aussi par l'état moral des parents du malade.

D'autre part, les toxines de l'érysipèle modifient profondément le système nerveux. On a signalé des attaques d'hystérie, de la chorée. On a rapporté un cas de myélite chronique éclatant quelques mois après un érysipèle.

H. Méry.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 20 juillet.

Procédés d'étude du système nerveux.

M. Luys. — Les procédés d'étude que je préconise le plus pour le système nerveux sont le clivage des fibres nerveuses suivant leur direction et le moulage de ces régions pour fixer par le plâtre les résultats obtenus.

Le clivage consiste à soulever légèrement avec la lame d'un scalpel quelques paquets de fibres blanches cérébrales au moment où elles émergent de la substance grise corticale et à suivre leur direction comme s'il s'agissait des fibres d'un morceau de bois.

C'est une dissection naturelle; du plâtre fin est coulé sur la surface des anfractuosités obtenues par cette dissection. On a ainsi en relief la saillie et la direction des fibres corticales ou centrales. Ce sont de véritables clichés durables et permanents.

Cette double méthode de clivage et de moulage peut s'appliquer aux régions les plus délicates, surtout à celles de la base de l'encéphale. J'insisterai notamment sur le moulage en relief du noyau rouge de Stilling.

Section des nerfs sensitifs et des ganglions intervertébraux chez le chien.

M. Contejean dit avoir vu qu'au bout d'un mois environ la section des nerfs sensitifs des membres inférieurs chez le chien détermine d'abord de l'ataxie, puis une parésie et enfin une paralysie complète avec un peu d'atrophie musculaire. Il n'y a altération histologique ni des nerfs moteurs ni des muscles.

Si l'on fait la section des ganglions intervertébraux, on a une paralysie très marquée, mais certains mouvements associés sont conservés.

Essais d'immunisation contre la tuberculose aspergillaire.

M. Rénon. — Nous avons essayé d'immuniser les animaux contre l'infection tuberculeuse due à l'aspergillus fumigatus, par l'injection de toxines, de sérums, d'agents non pathogènes et de spores plus ou moins modifiées.

Nous avons eu surtout des résultats négatifs; aussi croyons-nous que c'est par l'injection progressivement croissante de spores virulentes qu'il faut chercher à obtenir cette immunisation. Ainsi le sérum antistreptococcique de Marmorek, le bouillon de proteus vulgaris non virulent, les spores d'un aspergillus non pathogène, l'aspergillus niger n'ont pas fourni de résultats. Mais l'injection de spores virulentes sous la peau, puis dans les veines, à doses progressivement croissantes, permet d'augmenter à chaque nouvelle injection et les doses injectées et la résistance des lapins.

MM. Bourquelot et **Bertrand** ont vu que, dans beaucoup de champignons, il y a un ferment oxydant voisin de la laccase, mais probablement plus actif. C'est ce ferment qui produirait le noircissement ou le bleuissement du champignon quand on le coupe ou qu'on l'écrase.

M. L. Lévi montre, au nom de M. Hanot et au sien, des dessins représentant des capillaires biliaires imprégnés par la méthode de Golgi et de Ramon y Cajal.

M. Gley communique, au nom de M. Guinard (de Lyon), une note sur les modifications de la vitesse du courant sanguin chez les animaux narcotisés par la morphine et chez ceux qui ne sont pas influencés par ce poison.

M. Féré dépose une note sur la dissociation des mouvements des doigts.

J. P.

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

HOPITAUX DE PARIS

Création de l'adjuvat d'anatomie à l'amphithéâtre de Clamart.

On sait que les étudiants affluent à la Faculté de Médecine de Paris, et que l'Ecole pratique est devenue insuffisante et ne peut plus faire face aux besoins d'aussi nombreux élèves. Aussi après de nombreux échanges de vue entre la Faculté de Médecine et les hôpitaux, a-t-il été décidé d'un commun accord que deux cents étudiants en médecine seront adressés par la Faculté à l'amphithéâtre des hôpitaux. Pour faire face à ces nouvelles charges, il a été décidé que les deux prosecteurs de Clamart verraient leur traitement augmenté et porté à la somme de 3,000 francs, ce supplément de solde étant payé par le Ministre de l'Instruction publique. De plus, deux places d'aide d'anatomie vont être créées et ces aides d'anatomie pourront concourir au prosectorat de la Faculté de Médecine. Le concours de l'Adjuvat de Clamart se composera des mêmes épreuves que celui de la Faculté. Il aura le même jury que le prosectorat et les deux concours se suivront.

Hôpital international.

M. le Dr Vasticar est nommé chef du service de dermatologie, à la Policlinique.

HOPITAUX DE PROVINCE

Hôpitaux de Bordeaux.

M. le Dr Gervais, chirurgien titulaire, atteint par la limite d'âge, a cessé ses fonctions et a été nommé chirurgien honoraire des hôpitaux de Bordeaux. M. le Dr Boursier, chirurgien titulaire à l'hôpital des Enfants, a été nommé chirurgien titulaire à l'hôpital Saint-André. M. le Dr Pousson, chirurgien adjoint à l'hôpital Saint-André, a été nommé chirurgien titulaire à l'hospice des Enfants. M. le Dr Villar, chirurgien adjoint à l'Hospice général, est passé en la même qualité à l'hôpital Saint-André. M. le Dr Binaud, récemment promu, a été désigné pour remplacer M. le Dr Villar à l'Hospice général.

66e Année. 9e Série. Tome II — N° 31 — 3 Aout 1895

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : **Dr F. de RANSE** — *Rédacteur en chef :* **Dr Pierre SEBILEAU**

Secrétaire de la Rédaction : **M. Em. EMERY**

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 28, rue Vignon

CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE

La gonorrhée et son traitement chez la femme.

Communication faite à la Société Médicale de Munich, par M. G. Klein, privat-docent.

Messieurs,

Nos idées sur la pathologie et le traitement de la gonorrhée chez la femme se sont considérablement modifiées dans le courant de ces dernières années. Jusqu'en 1891 on admettait d'une façon générale que le gonocoque, en tant qu'agent d'inflammation, ne peut exister que dans un épithélium cylindrique ; que chez la femme, par conséquent, il peut bien provoquer une endométrite et une salpingite gonorrhéiques, mais qu'il est impuissant pour provoquer une inflammation spécifique de la vulve, du vagin, du péritoine, moins encore du tissu conjonctif.

En 1891, Werthein montra que le gonocoque peut envahir non seulement l'épithélium cylindrique, mais encore l'épithélium cubique du péritoine, voire même le tissu conjonctif. Son opinion sur la possibilité d'une suppuration du tissu conjonctif sous l'influence du gonocoque a été combattue par un certain nombre d'auteurs ; tout le monde était, par contre, d'accord pour admettre les autres parties de son mémoire.

Nos idées sur le traitement de la gonorrhée chez la femme se sont également modifiées, en ce sens qu'actuellement tout le monde admet que l'infection gonorrhéique aiguë demande un traitement très peu actif, pour ne pas dire une expectation armée. C'est du moins la position qu'ont prise dans cette question la plupart des gynécologues berlinois. Brœse, par exemple, dit ceci : « Je suis peu à peu arrivé à la conviction que l'infection gonorrhéique récente doit être, comme la plupart des infections aiguës, surmontée par l'organisme lui-même et qu'un traitement général est, sous ce rapport, plus utile à la malade que tous les traitements locaux ». D'après Winter, le stade aigu de l'infection a son utilité, laquelle utilité consiste dans la suppuration formant défense contre l'invasion des gonocoques ; il admet même qu'avec un traitement « abstentionniste » la gonorrhée peu disparaître au bout de huit jours d'une façon définitive. Veit pense aussi qu'en cas d'infection unique le gonocoque n'envahit pas les trompes ni le péritoine.

Avec un traitement approprié qui se résume en un ménagement physique et thérapeutique, le pronostic de la gonorrhée chez la femme devient bien moins sombre que ne l'admettait Nœggerath ; et son opinion sur l'incurabilité de la gonorrhée chez la femme ne peut même plus s'appliquer aujourd'hui à la gonorrhée chronique.

Mais, avant d'aborder certains points du traitement, je désire encore m'arrêter sur le diagnostic.

Pour faire le diagnostic, il faut trouver le gonocoque. En pratique, dans la clientèle, on est réduit à l'examen micros copique des sécrétions, et le diagnostic est fait quand on trouve les diplocoques caractéristiques inclus dans des cellules, se colorant facilement avec les couleurs d'aniline et se décolorant par la méthode de Gramm. Comme chez la femme la gonorrhée se localise principalement dans l'urèthre et le canal cervical, on prend les sécrétions de ces deux canaux dont les orifices sont préalablement nettoyés, et on les étend sur des lamelles que l'on sèche d'abord à l'air, ensuite sur la flamme d'un bec de gaz ou une lampe à alcool. On les colore ensuite avec une solution filtrée de bleu de méthyle, et l'imprégnation une fois faite, on les lave au bout de deux minutes avec de l'eau stérilisée. Il ne reste plus qu'à examiner la préparation avec un objectif à immersion. La décoloration par la méthode de Gramm n'est pas indispensable.

On admet généralement que, chez la femme, l'uréthrite blennorrhagique disparaît très rapidement. Il n'en est rien et c'est pour cela que dans chaque cas, en l'absence même de symptômes uréthraux, on examinera les sécrétions uréthrales et, très fréquemment, on y trouvera des gonocoques que l'on cherchera vainement dans les sécrétions du col. Il faut donc examiner toujours les sécrétions utérines et les sécrétions uréthrales, car c'est la seule façon

d'assurer le diagnostic. Disons enfin que, dans certains cas, les sécrétions uréthrales, tout en étant purement séreuses, peuvent renfermer de nombreux gonocoques.

Le diagnostic microscopique de la gonorrhée est donc très important; toutefois, il n'est pas indispensable, et il est certain que la gonorrhée aiguë peut être diagnostiquée, en s'appuyant exclusivement sur l'ensemhle des symptômes cliniques. On peut même dire que le diagnostic de gonorrhée s'impose chaque fois que, chez une femme ayant eu des rapports sexuels, on trouve de l'uréthrite ou de l'endométrite, ou de la métrite ou de la salpingite, dont l'origine ne remonte pas à une septicémie puerpérale.

Nous avons déjà dit que le gonocoque peut envahir non seulement tous les épithéliums, mais encore le tissu conjonctif. Ces faits sont importants à connaître, car ils expliquent les complications de vulvite, de colpite, de paramétrite, de péritonite, qui surviennent dans l'infection gonorrhéique sans le concours d'autres microbes, sans le concours d'une infection mixte. Il est à remarquer qu'une certaine prédisposition à la gonorrhée et à ses complications existe d'une façon certaine. Ainsi, d'après Saenger, la vulvite gonorrhéique s'observe principalement « chez les vieilles femmes, les femmes enceintes, les femmes délicates, blondes », et Fritsch a caractérisé cette prédisposition en disant que la prolifération du gonocoque est liée non pas à la nature de l'épithélium, mais à ses propriétés biologiques. On connaît, du reste, le mot de Ricord : « Si vous voulez avoir une chaude-pisse, prenez une femme lymphatique, pâle, blonde plutôt que brune, etc. »

Que le gonocoque, en pénétrant dans le tissu conjonctif, puisse y provoquer des phénomènes inflammatoires, cela est hors de doute. On a trouvé le gonocoque dans le tissu conjonctif péri-uréthral, péri-ovarique, péri-rectal, voire même dans les fentes lymphatiques du tissu sous-péritonéal. Wertheim, Saenger, Zweifel et autres out signalé les abcès des ovaires d'origine gonorrhéique.

Les voies d'infection gonorrhéique sont très variables. Par contiguïté, le gonocoque peut remonter de la vulve dans le péritoine en passant par le vagin, l'utérus et les trompes; il peut encore suivre la voie lymphatique pour passer directement de l'utérus dans le péritoine, de la muqueuse des trompes dans les ovaires; il peut enfin pénétrer dans le sang et envahir les organes éloignés. C'est là l'origine des métastases.

En parlant des métastases, je tiens à insister sur un point fort important au point de vue pratique. A la suite des interventions dites énergiques, à la suite d'un cathétérisme, d'un curettage, etc., les tissus sont fréquemment traumatisés et le gonocoque pénètre dans le sang. Il est certain que, dans certains cas de gonorrhée aiguë, localisée à l'urèthre ou au col, une intervention thérapeutique tant soit peu énergique a pour résultat de transporter le virus dans le paramètre, de provoquer des métastases dans les articulations et les gaines tendineuses. Très souvent un massage, un cathétérisme, destinés à redresser un utérus fléchi, sont suivis d'une inflammation aiguë des annexes avec fièvre élevée et phénomènes péritonéaux; souvent encore, une endométrite subaiguë, bénigne est transformée par le curettage en un périmétrite grave dont la guérison demande des années. On ne saurait donc insister trop sur ce point que dans la gonorrhée aiguë ou subaiguë de la femme le traitement doit être aussi peu énergique que possible.

Ces années dernières, on a apporté des faits fort curieux, relatifs à l'envahissement de divers organes par le gonocoque. On sait maintenant que le gonocoque peut envahir non seulement les diverses parties de l'appareil génital de la femme, mais les organes et les systèmes très différents. Dohrn, Rosinski, Leyden ont signalé la stomatite ulcéreuse gonococcique des nouveau-nés; dans l'observation de Krœnig, un jeune nourrisson contracte d'abord une conjonctivite gonorrhéique qui se complique de rhinite, d'otite moyenne de même nature. Sarfert a eu l'occasion d'ouvrir un abcès du sein chez une femme atteinte de gonorrhée; le pus renfermait des gonocoques. Barlow et autres ont signalé l'existence d'une cystite à gonocoques. L'existence d'une rectite catarrhale à gonocoques a été démontrée dans bien des cas, principalement chez des individus, hommes ou femmes, qui subissent le coït rectal. Notons à ce sujet que la proctite gonococcique est d'autant plus importante à connaître que souvent elle donne lieu à des ulcérations et rétrécissements ayant tous les caractères des rétrécissements dits syphilitiques du rectum.

Quant à la question de l'infection mixte dans la gonorrhée, nos connaissances sur ce sujet sont encore très obscures. Il y a quelques années, la salpingite suppurée, la péritonite circonscrite, la périmétrite ou périovarite, etc., étaient considérées, chez les femmes gonorrhéiques, comme le résultat d'une infection mixte. Cette hypothèse était erronée et, aujourd'hui, on sait que toutes lésions peuvent être produites par le gonocoque seul. Mais, d'un autre côté, on a trouvé dans le pus des trompes des bactéries pyogènes, streptocoque et staphylocoque, à côté du gonocoque. Peut-être ces faits contradictoires peuvent-ils être conciliés, en admettant que l'apparition des microorganismes pyogènes se fait au moment où le processus gonorrhéique commence à décliner.

La question que l'on se pose souvent est de savoir jusqu'à quel point la gonorrhée est fréquente chez la femme? Il est difficile de répondre à cette question et les auteurs ne sont guère d'accord sur ce point. Noeggerrath admet que 80 0/0 des femmes sont atteintes de gonorrhée. C'est beaucoup trop. Pour Schwartz et Saenger, la gonorrhée existerait chez 12 0/0 des femmes qui s'adressent aux gynécologues. Ce chiffre n'est pas assez élevé et la vérité se trouve peut-être entre les deux extrêmes.

Ceci étant bien établi, je passe aux diverses localisations de la gonorrhée chez la femme et à leur traitement. Mais, avant tout, je tiens à déclarer encore une fois que l'infection gonorrhéique aiguë, indépendamment de sa localisation, doit être traitée par le ménagement physique et thérapeutique, par l'abstention de tout ce qui rappelle une thérapeutique énergique. A cette règle, il n'existe qu'une seule exception : c'est le pyosalpinx qui, presque toujours, exige une intervention chirurgicale. Les indications des cautérisations et infections locales n'existent que dans la gonorrhée chronique rebelle et, même dans ce cas, il faut renoncer à un traitement énergique quand il existe en même temps une lésion des annexes. Quand, dans ces cas complexes, l'affection résiste, j'ai souvent réussi d'une façon assez satisfaisante avec le traitement que Leube emploie dans la gastrite chronique et qui comprend le

repos absolu au lit et les cataplasmes chauds sur le ventre. L'opération peut être quelquefois évitée à la malade. Et il en est de même d'une foule d'autres interventions de moindre importance.

Je n'ai pas l'intention de vous exposer toutes les méthodes thérapeutiques qui ces temps derniers ont été préconisées contre la gonorrhée de la femme. Ce qui importe au praticien, c'est d'avoir à sa disposition une seule méthode, mais simple et pouvant s'appliquer à la majorité des cas. En exposant ma méthode, je n'ai naturellement pas la prétention de croire qu'elle est supérieure aux autres; c'est tout simplement à titre de contribution au traitement de la gonorrhée que je veux l'exposer.

Je commencerai donc par signaler les diverses localisations de la gonorrhée chez la femme.

Presque toujours la gonorrhée envahit en premier lieu l'urèthre, et dans 50 0/0 des cas, dans 70 0/0 d'après certains auteurs, on trouve en même temps une gonorrhée du col. L'envahissement de la muqueuse utérine est plus rare et survient quelquefois à l'occasion des règles, d'un accouchement, d'une intervention chirurgicale locale. Les trompes ne seraient prises que dans 33 0/0 des cas (Sænger, Rostborn).

L'infection de la vulve et du vagin est généralement secondaire et s'effectue ordinairement quand l'écoulement du col ou de l'urèthre est particulièrement abondant. D'après certains auteurs la vaginite ou la vulvite doivent dans ces cas être attribuées à l'action purement chimique de l'écoulement purulent. Seulement rien ne prouve pour la vulve, par exemple, qu'après la macération de l'épithélium il ne s'agisse d'une inflammation spécifique.

On voit par là que c'est contre l'uréthrite et la métrite gonorrhéique que l'on aura le plus souvent à lutter.

1° L'*uréthrite gonorrhéique* constitue, comme nous l'avons dit, la localisation la plus fréquente de la gonorrhée chez la femme. Presque toujours, l'urèthre est envahi soit en premier lieu, soit simultanément avec d'autres organes. Rarement l'uréthrite gonorrhéique se manifeste par des symptômes bruyants; souvent même elle passe inaperçue aussi bien pour la malade que pour le médecin et ce n'est qu'en interrogeant la malade qu'on apprend que les premiers temps après le mariage la malade a éprouvé du ténesme vésical et a eu des mictions fréquentes. Le diagnostic ne peut être fait dans ces cas que par l'examen bactériologique des sécrétions uréthrales que l'on obtient en faisant couler une goutte de liquide à l'orifice externe.

L'*uréthrite aiguë* ne nécessite aucun traitement local. Si les symptômes sont accusés, on met la malade au lit et on ordonne un régime doux. En fait de thérapeutique on prescrit les lavages de la vulve avec une solution de sublimé au 5000e et les injections vaginales, à titre prophylactique, avec une solution de permanganate de potasse au même titre. En même temps on veillera à la régularité des selles et on défendra d'une façon absolue le coït.

Avec un tel traitement, quand on sait éviter toute intervention locale, l'uréthrite aiguë guérit en trois semaines. Le pronostic est donc relativement favorable.

Dans l'*uréthrite chronique* qui le plus souvent succède à l'urétbrite aiguë mal soignée, l'examen bactériologique des sécrétions uréthrales a également une importance diagnostique considérable. L'épreuve de deux verres peut également être utilisée, à la condition de bien nettoyer préalablement le vagin.

Le plus souvent les symptômes de l'uréthrite chronique sont peu accusés et se réduisent à des picotements pendant les mictions, à une sensation d'un corps étranger dans l'urètbre. Mais il faut savoir qu'à côté de ces cas qui forment la majorité on en trouve d'autres où les malades souffrent pendant des années. Les symptômes qu'on trouve dans ces cas sont du ténesme vésical, des mictions douloureuses, des difficultés de miction allant quelquefois jusqu'à la rétention complète de l'urine, si bien que l'on est obligé de sonder la malade. Malgré cette symptomatologie bien nette les malades sont considérées par des médecins, et même par des médecins instruits et consciencieux, comme hystériques, névropathes, tandis qu'un simple examen des sécrétions mettrait sur la voie du diagnostic en montrant la présence des gonocoques.

Le traitement de l'uréthrite chronique doit être local. On commencera par injecter dans l'urèthre, tous les deux ou trois jours, avec une seringue de Braun une certaine quantité d'une solution phéniquée à 3 0/0, que l'on remplacera plus tard par les injections d'une solution de nitrate d'argent au 5000e. Ces injections sont rarement douloureuses, et, quand elles provoquent de la douleur, celle-ci ne dure pas longtemps. En même temps on prescrira les injections vaginales tièdes avec une solution de permanganate de potasse au 5000e, des bains de siège. On mettra la malade à un régime alimentaire doux en proscrivant d'une façon absolue le vin et la bière.

2° La *gonorrhée du canal cervical* se manifeste avant tout et en premier lieu par l'écoulement. L'écoulement est incolore, lactescent dans les cas chroniques, purulent et sanguinolent dans l'infection aiguë. En pratique, c'est contre cet écoulement que l'on dirige ordinairement tous les efforts, et, comme dit Fraenkel, il existe une sorte d'association d'idées entre l'écoulement et les injections vaginales avec une solution d'alun.

Certainement, cette pratique banale n'est pas recommandable, et prescrire des injections en se basant exclusivement sur l'existence d'un écoulement ne constitue pas œuvre de clinicien. Mais, dans l'infection aiguë du col, ces injections ne sont pas mauvaises, moins dangereuses certainement que les injections caustiques plus énergiques, car l'alun peut du moins revendiquer un effet: c'est de durcir l'épithélium et de s'opposer ainsi à l'invasion du gonocoque.

Je préfère aux injections d'alun une substance désinfectante faible, le permanganate de potasse au 5000e. On peut également employer avec succès les injections vaginales de Fritsch, surtout dans les cas où la gonorrhée du col s'est compliquée d'une vulvo-vaginite. Fritsch prescrit trois cents grammes d'une solution de chlorure de zinc à 50 0/0, dont on prend une cuillerée à bouche (20 grammes) pour chaque litre d'eau. Ces injections vaginales font rapidement disparaître la rougeur de la vulve et du vagin; très rapidement aussi les sécrétions cervicales diminuent et le col reprend peu à peu son aspect normal.

L'écoulement n'est pas le seul symptôme de la gonorrhée cervicale. Aujourd'hui, on sait d'une façon certaine que les érosions du col sont également, dans la majorité des cas, de nature gonorrhéique. Dans ces conditions, si

ces érosions ne sont qu'un des symptômes de l'infection gonorrhéique du col, on comprend qu'une thérapeutique, dirigée exclusivement contre elles, échouera forcément surtout si la gonorrhée du col est passée à l'état chronique. Il faut donc dans ces cas s'attaquer avant tout à la muqueuse infectée, et souvent les érosions guérissent alors spontanément.

On commence donc par traiter localement la gonorrhée chronique du col. Ce qui réussit le mieux dans ces circonstances, ce sont les cautérisations de la muqueuse à l'aide des caustiques peu énergiques. On procède de la façon suivante :

Après avoir bien isolé le col dans le spéculum cylindrique ou bivalve, on le nettoie avec un tampon d'ouate trempé dans une solution phéniquée, en essayant d'enlever en même temps le bouchon du canal cervical. Si le bouchon est visqueux, difficile à enlever, on injecte avec la seringue de Braun, dans la cavité du col, soit une solution d'acide phénique à 3 0/0 ou de borax à 5 0/0; ou bien encore on essaie d'avoir le bouchon muqueux avec la sonde de Playfair garnie d'ouate trempée dans une solution.

Le col une fois libre, on injecte dans le canal cervical une petite quantité d'une solution de nitrate d'argent au 3000e. Mais si l'orifice externe du col est étroit, s'il s'agit d'une nullipare, il faut renoncer aux injections qu'on remplace dans ces cas par un attouchement de la muqueuse avec un tampon d'ouate enroulé autour de la sonde de Playfair et trempé dans la même solution de nitrate d'argent.

Ces injections suffisent souvent pour amener la guérison des érosions. Dans les cas contraires, il faut après chaque injection cautériser les érosions avec une solution forte (2 0/0) de nitrate d'argent.

Souvent le traitement qui vient d'être exposé permet d'éviter une intervention chirurgicale.

3° *L'infection gonorrhéique aiguë de la cavité du corps de l'utérus* se manifeste quelquefois par des symptômes très bruyants de péritonite, et souvent ce n'est qu'au bout d'une ou de deux semaines de repos au lit, d'applications de glace sur le ventre, d'administration d'opium, que l'inflammation se limite à l'appareil génital. Ce qui vient d'être dit constitue toute la thérapeutique de l'endométrite gonorrhéique aiguë : repos au lit, glace sur le ventre, opium, diète rigoureuse, mictions et selles régulières.

Mais il existe des cas où l'infection en question évolue d'une façon très bénigne, et cette période peut même échapper au malade. Aujourd'hui, nous savons que l'endométrite chronique relève très souvent d'une gonorrhée méconnue. Je vais même plus loin et je dis : La plupart des endométrites chroniques, survenant pendant la vie sexuelle et ne se rattachant ni à un avortement ni à des accidents puerpéraux, sont de nature gonorrhéique. Toutefois il est indiqué de ne pas considérer comme étant de nature inflammatoire toutes les hyperhémies et toutes les hyperplasies de la muqueuse utérine. Ces hyperhémies et ces hyperplasies, qui disparaissent avec les causes qui leur ont donné naissance, se trouvent encore assez souvent dans les troubles de circulation locale ou générale consécutivement à des affections du cœur, du foie, des reins, dans les déviations de l'utérus, dans les hyperhémies de l'appareil génital en cas de sarcômes, de carcinômes ou de myômes ; dans tous ces cas il s'agit non pas d'une inflammation, mais d'une hyperhémie secondaire.

Sans parler du gonocoque, l'endométrite chronique peut encore être provoquée par des bacilles tuberculeux, par des coli-bacilles, par des saprophytes, voire même par des protozoaires. Mais, comme fréquence, le rôle étiologique du gonocoque vient en premier lieu, et bien que la démonstration bactériologique de la nature gonococcique de l'endométrite chronique fasse encore défaut, les faits cliniques ne laissent aucun doute sur ce point.

Si l'on admet que l'endométrite chronique est le plus souvent de nature gonorrhéique, la conclusion pratique à en tirer c'est que le curettage, devenu malheureusement de pratique courante, ne doit être appliqué que dans des cas tout à fait exceptionnels. Dans la plupart des cas d'endométrite chronique le curettage est non seulement le plus souvent d'aucun effet, mais encore quelquefois directement nuisible, en ce sens qu'il donne une sorte de coup de fouet à l'infection qui envahit alors les organes voisins. L'inefficacité du curettage est du reste démontrée par ce fait que souvent on est obligé de revenir à la même opération trois, quatre fois, sans que la malade en retire le moindre bénéfice.

Plus efficaces que les grattages sont, dans le traitement de l'endométrite chronique, le traitement local de la gonorrhée cervicale et un traitement fortifiant général comprenant un régime alimentaire substantiel, le drap mouillé, le séjour au grand air, les injections vaginales, les bains de siège.

4° *L'infection gonorrhéique aiguë ou chronique des annexes* (trompes, ovaires, paramètre, péritoine pelvien), n'exige pas non plus un traitement bien actif, à moins qu'il n'y ait du pus dans les trompes et les ovaires, condition qui impose l'intervention chirurgicale, l'extirpation. Mais s'il s'agit d'un empâtement diffus avec adhérences entourant comme une gangue tous ces organes, le traitement de choix sera encore « le ménagement physique et thérapeutique ».

La malade sera condamnée, pour un mois, au repos absolu dans le lit qu'on ne lui permettra pas de quitter même pour satisfaire les besoins naturels ; deux fois par jour on appliquera de larges cataplasmes chauds sur le ventre ; on prescrira un régime doux, on veillera à la régularité des selles et de la miction.

On supprimera les cataplasmes s'il survenait un mouvement fébrile assez accusé ou des douleurs vives. La fièvre comme la douleur doivent faire chercher l'existence d'un foyer de suppuration et cette recherche devra souvent être faite sous le chloroforme.

La malade ne quittera le lit que lorsqu'elle sera restée longtemps sans souffrir. Mais si la douleur persiste, si en un mot le traitement ci-dessus échoue, il ne faut pas hésiter à recourir à une intervention chirurgicale, à l'ablation des annexes. Mais si, au contraire, sous l'influence du traitement médical la situation s'améliore, si la fièvre irrégulière apparaît de plus en plus rarement, si les douleurs spontanées ou provoquées deviennent de moins en moins vives, il faut persister. On prescrira alors les résolutifs, tampon de glycérine et d'iodure de potassium, injections vaginales chaudes, bains de siège, etc. ; on insistera sur l'hygiène générale, on enverra la malade à la campagne pour vivre au grand air et au soleil.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 31 juillet. — Présidence de M. Théophile Anger.

Traitement de l'appendicite.

M. Reynier. — Il y a trois ans, au cours de nos discussions sur l'appendicite, j'ai partagé les idées que M. Quénu vous a rappelées dans l'avant-dernière séance (Voir *Gazette Médicale* du 20 juillet 1895). Aujourd'hui, ma conduite n'a pas changé. J'ai toujours suivi les mêmes principes et j'apporte vingt-deux observations à l'appui de cette manière de faire.

Parmi ces vingt-deux cas d'appendicite aiguë, je suis intervenu seize fois. Seize fois j'ai rencontré du pus. Deux fois l'appendicite était franchement tuberculeuse. Cinq fois je puis affirmer que j'ai également rencontré des lésions de tuberculose, en raison des antécédents héréditaires et des symptômes pulmonaires avancés que présentaient les malades. Sur mes seize interventions, enfin, je n'ai eu que trois décès.

De ces faits, il ressort que l'intervention s'impose dans tous les cas d'appendicite aiguë. Néanmoins, les médecins nous répondent par des exemples de guérison spontanée, même dans ces cas-là. Ils ont quelquefois raison. Et je pourrais, à ce sujet, vous citer mon exemple personnel, ayant eu, à l'âge de 17 ans, une appendicite aiguë qui fut suivie d'une guérison définitive, sans, cependant, avoir subi d'intervention.

Il n'en faut pas moins dire, avec M. Quénu, que l'intervention, au cours de l'appendicite, doit être faite dans des conditions telles qu'elle n'ajoute aucun danger à l'état du malade, mais qu'elle lui donne, au contraire, toutes les chances possibles de guérison. Dans ce sens, je suis convaincu, à l'exemple de notre collègue Quénu, qu'il faut aller à la recherche du pus sans trop faire pour le rencontrer. Mieux vaut, quand on ne le trouve pas facilement, drainer avec de la gaze iodoformée. C'est là une conduite que j'ai suivie deux fois. Je n'ai vu du pus que le second jour de mon intervention et mes malades ont parfaitement guéri.

Quant au siège d'élection de l'incision, il est évidemment, à mon sens, celui que nous avons tous adopté à l'exemple de Roux (de Lausanne). Il peut être cependant nécessaire de modifier le lieu de cette incision dans certains cas. M. Brun, en effet, nous a parlé d'abcès éloignés de l'appendice. Je partage son opinion. Nous savons tous que l'appendice peut présenter des dimensions fort longues et qu'il peut occuper les positions les plus extraordinaires. Rien d'impossible, d'après cela, à ce que des abcès se montrent distants de l'appendice et qui n'en sont pas moins d'origine appendiculaire. Il importe de les connaître pour inciser la paroi abdominale en conséquence.

Je suis loin d'être partisan de la laparotomie médiane. Conservons-la pour les cas de péritonite généralisée consécutive à l'appendicite. Mais rejetons-la dans les cas d'appendicite avec péritonite enkystée.

J'en arrive aux cas de péritonite généralisée sur laquelle on a tant insisté au cours de cette discussion.

Je ne crois pas que, chez l'adulte du moins, la péritonite généralisée soit fréquente. Je la considère comme l'exception dans les cas d'appendicite et voici comment j'explique ce fait :

Si l'appendicite prend quelquefois, à son début, l'aspect d'une péritonite généralisée, cette péritonite n'existe pas. Il y a une forte réaction du péritoine, mais la péritonite enkystée seule se produit. C'est là une idée personnelle sur laquelle je me base pour ne jamais opérer les malades aussitôt l'apparition des accidents d'appendicite. Je préfère attendre deux ou trois jours, relever, pendant ce temps, le cœur et laisser la péritonite s'enkystrer. Mais, tout en attendant l'accalmie, je ne me laisse pas tromper par elle, à l'exemple de M. Routier. Je crois, enfin, que le péritoine, par sa propre réaction, localise son inflammation au niveau de l'appendice et qu'il nous favorise ainsi, de lui-même, le traitement de l'appendicite.

Je termine donc en répétant que l'intervention doit être aussi limitée que possible et qu'elle doit être faite seulement après que le cœur a été relevé, lorsqu'il s'est fait des adhérences péritonéales limitant l'inflammation péricæcale.

M. Schwartz. — Je veux éliminer les cas d'appendicite à répétition quelque *scabreux* qu'ils soient, quand il faut prendre une détermination à leur sujet.

J'insisterai sur les cas d'appendicite aiguë et subaiguë qui font spécialement l'objet de cette discussion. Comme la plupart de mes collègues, j'en reconnais deux formes cliniques bien tranchées : dans l'une, je fais entrer les cas d'appendicite avec péritonite généralisée, que celle-ci revête une forme septicémique rapidement mortelle ou bien qu'elle se montre sous la forme d'un épanchement purulent dans le péritoine. Dans le premier cas, toute intervention paraît être inutile et toujours trop tardive. Dans le second cas, il faut laparotomiser, laver et drainer. Dans la seconde forme clinique, je fais entrer les cas d'appendicite avec péritonite enkystée. Ici, la conduite à suivre est celle qu'enseigne M. Quénu. Si on ne trouve pas de pus, drainer tout simplement. Si on ne trouve pas l'appendice, ne pas insister dans sa recherche.

Au total, depuis trois ans, j'ai opéré vingt-sept cas d'appendicite, j'ai traité treize cas d'appendicite à froid où j'ai réséqué l'appendice et obtenu treize guérisons. J'ai opéré cinq fois des appendicites répondant à la première forme clinique ci-dessus décrite, je n'ai eu qu'une guérison. Enfin, mes neuf cas d'appendicite répondant à la seconde forme clinique ont été complètement guéris.

Je conclurai donc ainsi :

Il est quelquefois difficile de reconnaître le moment propice pour l'intervention. Néanmoins, celle-ci doit être prompte et complète. Dans les cas de péritonite enkystée, s'il y a du pus, évacuez-le ; s'il n'y a pas de pus, établissez un drainage avec de la gaze iodoformée ; si vous ne trouvez pas l'appendice, ne vous bâtez pas de le rechercher. Si, enfin, vous avez affaire à une appendicite à répétition, réséquez l'appendice à froid.

M. Reclus. — On n'insiste pas assez, à mon avis, sur les appendicites à répétition. J'ai connu une jeune malade atteinte d'une quatrième poussée d'appendicite et pour laquelle la famille exigeait mon intervention. La malade était également connue du docteur Moizard qui avait plusieurs fois porté chez elle le diagnostic d'appendicite. Je l'opérai, je trouvai un appendice absolument sain. Néanmoins, je le réséquai, étant donné le passé de la malade ; et M. Pilliet qui examina cet appendice le trouva, lui, gravement atteint d'une appendicite folliculaire. Je voulais donc dire qu'il n'est pas toujours facile de reconnaître et de traiter l'appendicite à répétition.

Quant à la péritonite généralisée dans l'appendicite, j'y crois très bien ; le péritoine alors est loin de se défendre suffisamment et il est souvent envahi par l'infection, mais je ne connais pas de cas de péritonite généralisée et je ne sais pas si M. Tuffier a suffisamment défini ceux dont il nous a parlé. Dans tous les cas, je les considère comme étant au-dessus des ressources de l'art.

D'un autre côté, les péritonites localisées ne m'ont donné pas les inquiétudes qu'elles mettent dans l'esprit de M. Reynier, et, contrairement à lui, je n'ai jamais eu de doutes sur le moment où je devais les opérer. J'ai eu ainsi vingt-sept cas, et jamais je n'ai hésité à intervenir toutes les fois qu'il y avait empâtement de la fosse iliaque. Toutes les fois j'ai trouvé du pus et des adhérences qui protégeaient la grande cavité péritonéale.

Faut-il opérer, cependant, tous les cas d'empâtement de la fosse iliaque et ne faut-il pas être arrêté quelquefois, par exemple, par le lien de moindre résistance que l'on crée sur la paroi abdominale, en faveur de la hernie et de l'éventration ? Je ne le crois pas. Il est évident que, si l'on opère une appendicite à froid, cette

crainte n'aura plus de raison d'être puisqu'on aura le temps et les moyens de reconstituer une paroi solide au niveau du cæcum.

Au résumé, j'interviens donc dans tous les cas et je me conforme, au point de vue de l'incision, aux préceptes de Roux qui a très bien fait de conseiller d'inciser le plus près possible de l'arcade crurale, ce qui évite bien des cas de hernies.

Quant aux abcès multiples de l'appendicite, M. Reynier a raison de dire qu'il faut tenir compte ici des dimensions variables de l'appendice. Il peut remonter quelquefois très loin et aller porter l'infection loin de la fosse iliaque. C'est pour cela que je voudrais que l'on recherchât toujours, avec un soin particulier, l'appendice malade.

Pour terminer, tout ce que nous disons aujourd'hui est contenu dans les récentes discussions que nous avons eues à ce sujet, et mon sentiment est que, cette fois-ci, la question de l'appendicite est demeurée sur place.

M. Poirier. — Je ne vous parlerais pas de ma faible statistique d'appendicites qui ne contient que 13 cas, si elle n'en renfermait deux intéressants et qui montrent combien loin l'appendicite peut aller porter le pus. Une fois, par exemple, l'appendice mesurait 14 centimètres de longueur et s'étendait jusque sous le foie. Une autre fois, j'ai trouvé des abcès périvésicaux. Il m'est même arrivé de perforer la vessie avant d'ouvrir l'abcès, le malade a néanmoins parfaitement guéri.

J'ai donc opéré 13 cas, j'ai eu deux décès. Je crois qu'il faut opérer toutes les fois qu'il y a de l'empâtement dans la fosse iliaque avec de la fièvre. L'ouverture de la paroi est un appel au pus. J'en ai toujours trouvé, quelquefois très facilement, quelquefois difficilement.

M. Tuffier. — M. Reclus croit que je n'ai peut-être pas suffisamment établi la distinction entre péritonite généralisée et péritonite enkystée. Mais il me semble que l'on ne peut appeler autrement que péritonites généralisées les cas dans lesquels toute une moitié de la cavité péritonéale, par exemple, est prise et présente les signes physiques de l'infection. C'est là une question de mots tout simplement.

Je reviens, en second lieu, sur les indications opératoires. Elles s'imposent toutes les fois qu'il y a du pus, et notre règle de conduite doit être, vis-à-vis de l'abcès péricæcal, ce qu'elle est en face de toutes les autres variétés d'abcès, c'est-à-dire d'ouvrir au plus vite et dans tous les cas.

Quant aux abcès à distance, je crois qu'il faut faire encore une distinction. Il y en a qui sont franchement en relation avec l'appendicite, soit par contiguïté, soit par continuité.

Il y en a d'autres qui sont des abcès secondaires consécutifs à la pyohémie, sans relations avec l'appendice, mais dont le pus renferme néanmoins du coli-bacille.

M. Reclus. — Je crois inutile de répondre à M. Tuffier. Nous nous entendons mieux qu'il ne le croit. J'ajouterai simplement que j'ai été partisan, dès le début, d'assimiler les abcès péricæcaux aux autres abcès, au point de vue de la nécessité d'intervenir.

M. Jalaguier. — Je partage absolument les idées de M. Quénu au point de vue de la distinction à établir entre les formes septiques diffuses et les formes purulentes de la péritonite.

Ce qui caractérise la première forme, c'est une absence presque complète de retentissement péritonéal. Il y a toujours, chez les enfants, dissociation entre le pouls et la température, léger météorisme, langue rouge sur les bords et à la pointe. L'affection débute parfois comme une indigestion, d'autres fois, on est tenté de la confondre avec une poussée de grippe. Elle peut présenter aussi le syndrome de l'occlusion intestinale, mais c'est un diagnostic à rejeter devant la diarrhée fréquente que présentent les petits malades. Les formes diffuses septiques de la péritonite sont donc des cas difficiles.

Plus faciles sont les cas de péritonite franchement purulente. Ici, des vomissements successivement alimentaires bilieux et porracés, selles supprimées, muscles contracturés (ils le sont peu ou pas dans la péritonite septique diffuse), température et pouls moins nettement dissociés, pas de plaque d'induration iliaque, œdème très léger de la paroi : ce sont donc là des symptômes plus nets.

Il va sans dire qu'il peut exister plusieurs types intermédiaires à ces deux formes.

La première forme est, au besoin, passible d'une intervention précoce, mais qui est toujours suivie de mort. Nous savons que, dans la seconde, les résultats sont plus favorables.

La discussion sur l'appendicite est terminée.

Anesthésie par le gaïacol.

M. Lucas-Championnière. — M. André, pharmacien à Paris, a eu l'idée d'employer comme anesthésique les injections de gaïacol en solution dans l'huile d'olive stérilisée. Depuis, des essais de cet anesthésique ont été faits à l'hôpital pour l'ablation de loupes ou l'ouverture d'abcès, et en ville par des dentistes.

Nous employons le gaïacol à la dose de 0 gr. 05. Je crois que, de ce côté, tous les inconvénients de l'intoxication sont à rejeter.

Quant à l'anesthésie produite, je la crois un peu plus tardive, mais plus profonde que celle donnée par la cocaïne. Et c'est de l'analgésie plutôt que de l'anesthésie qui est obtenue par le gaïacol.

Enfin, malgré les règles données par M. Reclus, la cocaïne a donné quelquefois des ennuis. Il n'est pas de dentiste qui n'ait eu quelques cas de syncope par la cocaïne. Le gaïacol n'a pas ces inconvénients; on l'emploie jusqu'ici sans instructions ni précautions. Il n'y a pas eu d'accident.

M. Bazy. — Depuis deux mois, j'emploie les injections anesthésiantes d'huile gaïacolée. Mes internes vont même jusqu'à dire que le gaïacol donne plus rapidement l'anesthésie que la cocaïne. Le gaïacol a cet avantage sur la cocaïne, c'est qu'il n'oblige pas les malades à se coucher pour éviter la syncope. Or, M. Tillaux a eu raison d'attribuer les accidents de syncope provoqués par la cocaïne à ce que les malades se tenaient dans la station verticale. Enfin, j'ai pu obtenir l'anesthésie des muscles avec le gaïacol et aller jusqu'à pratiquer, dernièrement, la gastro-entérostomie.

M. Delorme. — Pour servir à l'histoire du gaïacol, je dirai que j'emploie des injections de gaïacol dans les abcès froids sans aucun accident, sauf un, chez un adulte qui avait les reins mauvais.

M. Reclus. — J'emploierai les injections de gaïacol dès que je le pourrai. Seulement, je vous en prie, n'allons pas de suite ternir la pureté de cet anesthésique, en l'employant sans compter à l'imitation de M. Bazy.

Il y a probablement pour le gaïacol, comme il y a eu pour la cocaïne, une question de doses qui est de la plus haute importance. C'est là le point à étudier. On a parlé d'une action rapide supérieure à celle de la cocaïne. Je le veux bien, mais songez que je n'emploie plus la cocaïne qu'à 1 0/0, et que j'obtiens, dans ces cas-là, une anesthésie plus lente que celle que j'obtenais en faisant autrefois des injections à 5 0/0.

Quant aux accidents de syncope dus à la cocaïne, je ne les connais pas, mais il y a longtemps que j'ai averti les dentistes qu'il fallait coucher les malades cocaïnisés. A ce compte-là, le gaïacol aura un avantage sur la cocaïne s'il permet au malade de rester debout ou assis. Enfin, j'ai plus de 4,000 opérations faites à la cocaïne. Je fais de grosses opérations en n'employant qu'elle, et je n'ai jamais vu d'accidents.

De l'emploi du bouton de Murphy.

M. Delorme présente les pièces d'un malade atteint de cancer du pylore, pour lequel l'auteur a fait la gastro-entérostomie avec l'aide du bouton de Murphy. Les parois de l'estomac étaient très épaisses. La branche mâle du bouton américain n'a pu être fixée.

On a dû faire des sutures séro-séreuses. Bref, résultat déplorable, malade mort le 7e jour de péritonite septique. On a retrouvé dans son péritoine du café et d'autres liquides ingérés avant la mort.

M. Bazy présente, en revanche, les pièces d'un malade auquel il a fait une gastro-entérostomie en employant le bouton de Murphy, et dans laquelle la communication s'est parfaitement établie entre l'estomac et l'intestin.

M. Berger présente une pince faite par M. Colin, destinée à retirer les corps étrangers de l'œsophage. Elle permet, à l'aide d'une échelle de graduation, d'apprécier le volume du corps étranger.

M. Peyrot présente un malade atteint d'une tumeur érectile veineuse, d'origine congénitale, occupant la langue, la joue gauche et la région sus-hyoïdienne latérale gauche, et pour laquelle, de l'avis de la Société, l'électrolyse paraît être le seul moyen de traitement.

J. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 30 juillet.

Prophylaxie de l'alcoolisme.

M. Daremberg. — L'analyse chimique montre que les eaux-de-vie, surtout celles de marque, contiennent plus de furfurol, alcool amylique, etc., que les eaux-de-vie communes. L'expérimentation sur les lapins m'a d'ailleurs confirmé ces faits. Aussi je tiens pour démontré que les cognacs et eaux-de-vie authentiques ne sont pas moins nuisibles que les alcools d'industrie ou les alcools à bon marché. Il faut donc absolument empêcher l'emploi de ces boissons par des malades souffrant d'affections digestives ou nerveuses.

M. Laborde. — Les animaux employés par M. Daremberg ne me semblent pas parfaitement choisis, car les lapins sont très sensibles à des doses d'alcool très faibles. Le cobaye au contraire est plus résistant.

De plus, M. Daremberg me semble trop se hâter de généraliser le résultat de ses expériences. L'eau-de-vie naturelle ne peut pas être considérée comme toujours plus toxique que l'alcool d'industrie à cause des impuretés qu'elle contient.

M. Magnan. — Tous les alcools, à mon avis, sont des poisons. Mais je crois qu'il y a des degrés dont il faut tenir compte. Ainsi il y a plusieurs années, j'ai introduit de l'alcool dans l'organisme du chien par la voie gastrique, employant successivement des alcools de vin, de betterave et de maïs. L'alcool de vin a toujours été beaucoup moins toxique que les deux autres. J'ai d'ailleurs obtenu les mêmes résultats avec les alcools impurs, les alcools bien rectifiés ou les résidus de la distillation.

Le gaïacol employé comme anesthésique local.

M. Lucas-Championnière. — Je vous communique les résultats des recherches faites par M. André sur les effets analgésiques du gaïacol en injections sous-cutanées. Le fait a surtout et primitivement été observé pour l'avulsion des dents. Une solution du dixième au vingtième de gaïacol dans l'huile d'olive a rendu l'avulsion absolument indolore. Puis, des opérations de petite chirurgie, comme l'ouverture d'abcès, l'ablation de loupes ont été faites par le même procédé. Il n'y a eu d'autres accidents que la formation de petites eschares des gencives imputables à un mauvais mode d'injection. L'analgésie ne s'obtient que par une attente de dix minutes à peu près entre l'injection et l'opération.

M. Magitot. — Comme anesthésique buccal, le gaïacol détermine souvent une plaque de sphacèle. Il faut aussi tenir compte de la sensibilité si variable de la muqueuse buccale.

M. Ferrand. — Le gaïacol en injections me semble demander de grandes précautions, car j'ai souvent vu de l'hypothermie et des phénomènes de lipothymie après des applications dermiques de faible dose de gaïacol.

M. Laborde. — Le gaïacol a des propriétés vasoconstrictives énergiques. Il agit par là comme anesthésique local, me semble-t-il, et comme antithermique. C'est peut-être aussi là la cause des dangers qu'il peut provoquer.

M. Lucas-Championnière. — Le gaïacol est, en effet, responsable de certains accidents peut-être, mais la dose de 0 gr. 05 cgr. à laquelle nous avons recours est assez faible pour qu'on puisse expérimenter avec la plus grande sécurité.

Diagnostic de la diphtérie.

M. Landouzy dit que la nosographie des angines est à reviser entièrement, et que la clinique seule ne peut établir un diagnostic : il faut l'examen bactériologique

M Dieulafoy cite trois nouveaux faits d'angines diphtériques ressemblant cliniquement à des angines herpétiques. La mort fut la terminaison de deux de ces cas.

M. Cadet de Gassicourt. — J'ai fait une addition à mon projet déposé il y a quelque temps, et voici le texte que je vous propose aujourd'hui :

« L'Académie émet le vœu :

» 1° Que des laboratoires d'examen bactériologique, dirigés par des savants spéciaux, soient ouverts dans le plus bref délai et que tous les médecins en soient avisés par la plus large publicité;

» 2° Que les Facultés de médecine, les Écoles de plein exercice et les Écoles secondaires de médecine et de pharmacie soient pourvues de laboratoires bactériologiques destinés à faire, dès maintenant, les examens et à instruire les médecins et les pharmaciens dans ces recherches spéciales. » — Adopté.

Epispadias chez une petite fille de dix-huit mois.

M. Kirmisson cite le cas d'une petite fille de dix-huit mois atteinte d'épispadias. Le gland et le capuchon du clitoris étaient divisés en deux par une fente médiane totale qui séparait les petites lèvres. Au-dessus était un bourrelet rougeâtre, qui représentait la muqueuse de l'urèthre, ouverte supérieurement, à travers laquelle venait faire saillie la muqueuse vésicale sous l'influence des efforts.

L'orateur a dédoublé les bords de la fente qu'il fallait combler. La réunion était obtenue dix jours après l'opération.

Traitement des angiômes kystiques de l'orbite.

M. Valude. — Le traitement ordinaire des angiômes kystiques de l'orbite est l'extirpation. Mais il faut, pour pouvoir y recourir, faire auparavant l'énucléation de l'œil, quand l'angiôme siège dans la profondeur de la cavité orbitaire, entre les muscles droits, ce qui est fréquent.

Chez une jeune fille de quinze ans, atteinte de cette affection, j'ai appliqué un courant de 4 milliampères 1/2 pendant cinq minutes. Huit jour plus tard, je refis la même manœuvre. L'exophtalmie, qui datait de sept ans, ne tarda pas à disparaître. Thompson avait déjà employé ce procédé avec succès et rapidité.

Je crois donc que les angiômes caverneux de l'orbite sont, avant tout, justiciables de l'électrolyse.

Pneumatocèle du crâne traitée par la trépanation.

M. Le Dentu présente un malade atteint d'une pneumatocèle, après fracture du crâne. Une large trépanation fit voir la zone corticale du lobe frontal droit en état d'attrition et de suppuration. On fit l'abrasion avec une curette sur une épaisseur de 4 à 5 millimètres.

Après quatre ou cinq jours, tout phénomène inflammatoire avait disparu. Il y a trois mois que l'opération a été faite, et la guérison de la pneumatocèle s'est maintenue. Il y a donc tout lieu de supposer qu'elle est définitive.

J. P.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 22 juillet.

Aggravation des effets de certaines toxines microbiennes par leur passage dans le foie.

MM. Teisseir et **Guinard**. — Quand on injecte certaines toxines microbiennes par une veine du système porte, et qu'elles sont transportées dans le foie, celui-ci peut aggraver leurs effets. Les choses se passent ainsi avec la toxine du pneumobacillus bovis et avec la toxine diphtérique.

Ainsi, les chiens recevant la pneumobacilline dans une veine mésentérique meurent plus vite, après avoir été plus malades que ceux qui la reçoivent dans la veine jugulaire ou la veine fémorale. Il en est de même pour la toxine diphtéritique.

Il nous semble donc prouvé que, si le foie possède à l'égard de beaucoup de poisons ou toxines un pouvoir retentif et protecteur, il est au contraire parfois plutôt nuisible à l'économie.

Influence de la respiration sur le tracé volumétrique des membres.

MM. Binet et **Courtier**. — Pendant la respiration normale, il se produit parfois très nettement des oscillations du tracé volumétrique de la main, comprenant une dilatation, puis une constriction. La dilatation commence vers le milieu de l'inspiration et la constriction a lieu pendant l'expiration. La respiration détermine un phénomène de vasodilatation et de vasoconstriction auquel la pression de l'air ajoute son effet mécanique.

Modifications de la chaleur rayonnée par la faradisation.

M. Lecercle. — En concentrant l'action du courant faradique sur une partie de la surface cutanée d'un lapin richemment innervée, nous avons constaté que les variations de la température rectale ne permettaient pas d'apprécier l'excitation produite par le courant faradique, et que la température cutanée et la température obtenue par rayonnement s'élevaient progressivement à mesure que l'excitation augmentait d'intensité, sans dépasser un maximum qui était atteint avant que l'excitation fût maxima. Le réactif de l'excitation produite par le courant faradique devrait être la température obtenue par rayonnement.

Influence des toxines sur la descendance.

M. Charrin. — J'ai souvent vu que les animaux imprégnés de produits bactériens donnent naissance à des rejetons qui se développent longtemps et mal. De même M. Féré a obtenu des poulets chétifs en introduisant des poisons microbiens dans les œufs.

Récemment j'ai vu à la Maternité des femmes, atteintes d'infection à la fin de leur grossesse, mettre au monde des enfants dont la croissance était imparfaite.

D'autre part, animaux et enfants ont reçu, au travers du placenta, des poisons microbiens. Il peut donc se faire qu'il y ait corrélation entre ces deux ordres de faits. Et en effet, de l'analyse des urines, il ressort que l'infection trouble la nutrition, s'oppose à la croissance en rendant l'assimilation moins parfaite.

Ces acquisitions permettent de remplacer par quelques notions positives les données relatives aux influences héréditaires. Mais il faudrait savoir en outre les perturbations anatomiques et physiologiques auxquelles elles correspondent. En tout cas, ces dégénérescences n'ont rien de spécifique. J. P.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 26 juillet.

Luxation spontanée de la tête du radius droit au cours d'hydarthroses blennhorragiques à bascule des deux coudes.

M. Fernand Widal. — Le malade que je présente, âgé de vingt-quatre ans, contracta l'an passé, en mai, une première blennhorragie et eut à cette époque des douleurs dans les genoux, les chevilles et les articulations temporo-maxillaires, avec arthropathies qui exigèrent un séjour de deux mois à Bichat, d'où il sortit guéri.

En juin dernier, il contracta une nouvelle blennhorragie et au bout de trois semaines fut pris d'arthropathies qui se localisèrent au niveau des deux coudes.

Le 15 juillet nous constatons au niveau du coude droit un épanchement considérable. La synoviale est très distendue et son cul-de-sac supérieur forme en arrière une bosse énorme qui soulève le tendon du triceps. Cet épanchement se résorba vite et, le 19 juillet, il était à peine appréciable. Par contre, le coude gauche était de nouveau gros et douloureux. Le 20 juillet, je fais une ponction et je retire de la synoviale un liquide épais, un peu rougeâtre, non puriforme. L'examen bactériologique fut négatif; pas de gonocoque décelable.

Le 21 juillet, l'épanchement du coude droit se reforma de nouveau très abondant, et le 22, nous trouvons une luxation spontanée de la tête du radius droit, effectuée sans aucune douleur. Elle persiste encore aujourd'hui.

Le coude droit est déformé, immobilisé en demi-flexion, l'avant-bras est en pronation, et le malade ne peut lui faire exécuter aucun mouvement de supination. Le bras et l'avant-bras forment un angle de 110° et regardant en dedans. La tête du radius vient faire saillie sous la peau à l'extrémité supérieure de l'avant-bras, en arrière, en dehors et au-dessous du condyle huméral.

En imprimant à l'avant-bras quelques mouvements, forcément très limités de supination et de pronation, on perçoit quelques mouvements de rotation de la tête radiale.

La peau ne présente à ce niveau aucun trouble de sensibilité; les muscles voisins ne sont ni atrophiés, ni contracturés. L'écoulement uréthral persiste.

Les luxations spontanées, survenant sans violence extérieure à la suite d'une arthrite aiguë, sans suppuration ni lésion primitive des os, ont été étudiées, en 1883, par Verneuil (Société de Chirurgie, 31 octobre 1883); par Forgue et Mauhrac (1886); par A. Sainton, qui en a rapporté un cas à la suite d'une arthrite scarlatineuse (1892). M. Hartmann (1894) en a vu un cas chez une jeune fille de 18 ans, au cours d'un rhumatisme articulaire aigu.

Elles ont été surtout observées dans le rhumatisme, la scarlatine et la fièvre typhoïde; elles sont rares après vingt ans. L'articulation coxo-fémorale est le plus souvent frappée.

Au point de vue pathogénique, la plupart des auteurs ont admis la théorie de l'hydarthrose.

Verneuil, au contraire, en 1883, proposa une théorie musculaire.

A la suite de la paralysie et de l'atrophie de certains groupes musculaires, les antagonistes pourraient produire la luxation.

Toutes ces causes: position vicieuse, altérations musculaires, peuvent aider au déplacement, mais le facteur principal est certainement l'hydarthrose. Elle était énorme dans notre cas. On conçoit que les parties osseuses de l'articulation huméro-cubitale étant étroitement emboîtées, tont l'effort de la pression du liquide porte sur l'articulation radio-humérale. On sait, d'autre part, que la pronation forcée tend à laisser le radius en dehors et en arrière, condition qui, unie à l'hydarthrose, a certainement favorisé le déplacement.

Gastrites mixtes. — Gastrites interstitielles.

M. Hayem. — A côté des gastrites parenchymateuses, dans lesquelles les glandes de la muqueuse sont seules altérées, il en existe d'autres qui ont pour substratum anatomique une lésion plus ou moins étendue du tissu conjonctif de la muqueuse. Ces gastrites se présentent sous des aspects variés; il est possible, cependant, de les ramener à deux types principaux: les gastrites mixtes et les gastrites interstitielles.

Dans la gastrite mixte, il existe des lésions glandulaires ana-

logues à celles de la gastrite parenchymateuse (prolifération, tuméfaction des cellules); en outre, le tissu conjonctif qui entoure les tubes glandulaires est le siège d'une irritation plus ou moins intense.

On peut reconnaître deux formes principales de la gastrite mixte. Dans l'une, les altérations glandulaires portent principalement sur les cellules peptiques ou cellules de bordure; dans l'autre, ce sont les cellules principales ou cellules de charpente qui sont lésées; elles prolifèrent et se tuméfient.

L'évolution et le mode de terminaison ne sont pas les mêmes dans ces deux formes. Dans la dernière (gastrite mixte avec lésions portant sur les cellules principales), on voit le tissu conjonctif péritubulaire proliférer et les tubes s'atrophier de plus en plus et bientôt la gastrite aboutit à la gastrite atrophique, tandis que la première forme (gastrite mixte avec lésions portant sur les cellules peptiques), évoluant d'une façon toute différente, finit par aboutir à ce qu'on a décrit sous le nom de transformation muqueuse (prolifération des cellules glandulaires).

Dans la gastrite interstitielle, les altérations du tissu conjonctif tiennent la première place; elles prennent une intensité très grande et les lésions glandulaires, qui en sont la conséquence, ne sont pas des lésions inflammatoires comme dans la gastrite mixte, mais des lésions dégénératives, c'est-à-dire que les cellules glandulaires, au lieu de se tuméfier et de proliférer, s'atrophient d'emblée et cette atrophie marche rapidement.

La gastrite interstitielle se présente sous deux formes principales: forme subaiguë, forme chronique.

La forme subaiguë a ceci de remarquable, c'est qu'elle est caractérisée par une infiltration leucocytaire très étendue. Les leucocytes se rencontrent en différents points de la muqueuse; ils entourent les tubes et pénètrent même dans leur cavité, envahissant même l'intérieur des cellules. Lorsque le processus de pénétration des leucocytes dans les tubes est très marqué, ceux-ci prennent un aspect moniliforme et parfois kystique.

La migration leucocytaire se fait encore vers la surface; c'est ainsi qu'on peut voir les cellules de l'épithélium traversées par les leucocytes.

La forme chronique de la gastrite interstitielle se caractérise par la prolifération de plus en plus abondante du tissu conjonctif et par une atrophie de plus en plus marquée des tubes glandulaires. Il y a, en un mot, une véritable cirrhose stomacale.

M. Chantemesse. — La description des gastrites, que vient de nous faire M. Hayem, représente une sorte de schéma d'une lésion inflammatoire d'un tissu quelconque, moins, cela va sans dire, la spécificité que comporte la nature des tissus. C'est ainsi qu'on retrouve, dans ces altérations parenchymateuses, mixtes, interstitielles de la muqueuse gastrique, toutes les lésions qu'on peut rencontrer dans le parenchyme rénal. Or, comme nous savons que ces lésions variées des reins peuvent être produites par le même agent, je me demande s'il n'en est pas de même pour l'estomac. Dans ces conditions, quelque intéressante qu'elle soit, l'étude anatomique des gastrites ne nous éclairera vraisemblablement pas sur leur étiologie et leur pathogénie.

M. Hayem. — J'ai cherché à démontrer qu'il existait chez tous les gastropathes des lésions de l'estomac. Pour le moment, mon ambition se borne à décrire ces lésions mal connues et même niées par certains auteurs.

L'étude de l'étiologie et de la pathogénie viendra après.

Bronchite muco-membraneuse chronique primitive; son traitement par l'iodure de potassium.

M. Huchard. — La bronchite muco-membraneuse chronique primitive est une affection rare; elle est encore mal connue et passe souvent inaperçue. A ce titre, l'observation suivante m'a paru intéressante à publier. En voici le résumé:

Femme de quarante-huit ans qui a eu, à dix ans, une fluxion de poitrine, à la suite de laquelle s'est installée la bronchite chronique à accès paroxystiques, dont elle souffre actuellement. Jusqu'à l'âge de vingt ans, elle rendit de temps en temps, par expectoration aux grands accès de suffocation, de petites masses polypeuses. A vingt ans, elle se rétablit presque complètement et eut, dans la suite, plusieurs enfants.

A quarante-cinq ans, sans cause connue, elle fut reprise de sa bronchite et depuis trois ans elle est sujette à des accès de dyspnée considérable avec ou sans fièvre survenant tous les mois, tous les deux mois et se terminant, après quelques jours, par le rejet de membranes cylindroïdes, ramifiées, plus ou moins complètes. Après ces crises le calme revient, la respiration est plus libre, l'expectoration plus facile. D'autres fois la dyspnée est moindre et la malade rend seulement, pendant plusieurs semaines, quelques fragments cylindroïdes, blanchâtres, d'apparence laiteuse et comme perdus dans une expectoration liquide et muqueuse assez abondante.

Lorsque la malade est entrée dans mon service elle fut d'abord soignée pour une bronchite simple. Un matin elle fut prise, sans cause appréciable, d'une violente dyspnée qui persista pendant plusieurs jours et dont nous n'eûmes l'explication qu'après le rejet d'un bouchon pseudo-membraneux ayant l'aspect du moule bronchique.

Il s'agissait donc d'une bronchite pseudo-membraneuse.

Afin de faciliter le rejet des bouchons pseudo-membraneux, je prescrivis l'iodure de potassium à la dose de trois grammes par jour. Ce traitement donna les meilleurs résultats. La malade est aujourd'hui complètement guérie.

L'examen anatomique a démontré que le bouchon pseudo-membraneux était composé en grande partie de mucine. L'examen bactériologique y a révélé la présence de staphylocoques blancs et d'un bacille particulier.

Contribution à l'étude des complications infectieuses du cancer gastrique.

M. Achard. — Les complications infectieuses du cancer de l'estomac, bien que fréquentes et maintes fois signalées, n'ont pas dans les descriptions classiques toute l'importance qu'elles méritent.

J'ai observé deux cas de fistule ombilicale survenue dans le cours du cancer gastrique, à la suite de l'ouverture d'un foyer phlegmoneux situé au-devant de l'estomac. Dans l'un de ces cas, des noyaux de cancer secondaire du foie avaient été envahis par la suppuration, constituant ainsi de véritables foyers carcino-purulents. L'infection pyogène a eu évidemment pour point de départ l'estomac cancéreux; elle a donné lieu dans les deux cas à des accidents locaux de voisinage (foyer phlegmoneux) et, en outre, dans le second, à des foyers éloignés, dus au transport des agents pyogènes par la veine porte.

Dans une autre observation, il s'agit d'une pyléphlébite adhésive et suppurée des rameaux intra-hépatiques de la veine porte. Pendant la vie, rien n'avait fait soupçonner cette complication; on retrouve pourtant dans l'observation, mais bien atténués et incomplets, quelques éléments du syndrome décrit chez les animaux à la suite de la ligature de la veine porte: prostration, somnolence, hypothermie terminale. Dans ce cas encore il n'est pas douteux que l'infection ait eu pour origine l'estomac malade.

Dans les cas suivants, la pathogénie est plus discutable. L'un concerne une femme qui entra à l'hôpital avec les signes d'un cancer gastrique et d'une pneumonie. A l'autopsie, il n'y avait pas de pneumonie, mais de la congestion pulmonaire avec une sclérose ancienne. En outre, l'examen histologique montra un processus inflammatoire récent dans le tissu conjonctif du poumon et des amas de streptocoques dans les capillaires du poumon et des reins. Le sang recueilli trois heures après la mort donne des cultures de streptocoques. Il n'est pas impossible que l'infection ait eu pour porte d'entrée l'estomac, mais elle peut avoir pénétré par les voies respiratoires.

C'est ce qui paraît plus probable encore dans un autre cas, relatif à un cancer de l'estomac terminé par une pneumonie du sommet avec infiltration purulente, constatation histologique du pneumocoque dans le foyer pulmonaire et la rate, constatation bactériologique du même microbe en cultures pures dans le sang du cœur et la sérosité pleurale recueillis douze heures après la mort. Là sans doute le cancer n'a pas ouvert la porte à l'infection, mais a simplement agi en amoindrissant la résistance générale de l'organisme.

Il en est de même dans la dernière observation. Chez une femme manifestement atteinte d'un cancer gastrique, des tumeurs ganglionnaires apparurent au cou; je les pris tout d'abord pour des adénopathies cancéreuses, mais deux d'entre elles devinrent fluctuantes; je les ouvris; le pus ensemencé ne donna point de culture, mais l'inoculation aux cobayes détermina la tuberculose généralisée.

A l'autopsie, je constatai des lésions tuberculeuses peu avancées dans les poumons et des lésions caséo-purulentes dans les ganglions trachéo-bronchiques et cervicaux, qui, d'ailleurs, à l'examen histologique ne présentaient pas trace de cancer. Que la tuberculose ait débuté par le poumon ou par les ganglions du cou, ce qui peut être discuté, elle n'était là qu'une infection sur-ajoutée, évoluant sur un terrain favorable, sur un organisme cachectique, mais son point de départ n'était pas l'estomac.

En somme, les infections, dans le cancer de l'estomac, me paraissent très fréquentes, mais aussi très variables dans leur forme et leur origine.

Il en est qui dérivent de l'estomac, où les microbes pathogènes abondent parce que le liquide gastrique est habituellement dépourvu d'acide chlorhydrique et qu'il y a rétention des aliments en raison du siège ordinairement pylorique de la lésion. De ces infections d'origine gastrique, les unes produisent des lésions de voisinage (péritonites générales ou circonscrites), les antres donnent lieu à des métastases; il y a alors transport de germes par la veine porte (pyléphlébite, abcès du foie), ou par la voie lymphatique (pleurésie, péricardite); la circulation générale peut être ainsi envahie, d'où résultent des septicémies, des pyohémies. Tous ces cas constituent ce qu'on pourrait appeler les formes septiques du cancer de l'estomac.

Mais dans d'autres cas l'infection naît en dehors de l'estomac, dans un point quelconque. L'organisme est seulement plus vulnérable, parce qu'il est affaibli par le cancer. Ce sont surtout alors des infections respiratoires, produites par leurs microbes habituels : streptocoque, pneumocoque, bacille tuberculeux.

Ces divers accidents infectieux expliquent sans doute un certain nombre de symptômes, comme les élévations de température, qui peuvent survenir au cours du cancer de l'estomac. Ils interviennent très probablement pour une part dans la genèse de la cachexie dite cancéreuse. Enfin ils abrègent parfois la durée de la maladie.

M. Catrin lit un travail sur la mortalité de la pneumonie dans l'armée.

(La *Société médicale des hôpitaux* reprendra ses séances le 2e vendredi d'octobre).

H. Méry.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 27 juillet.

Le sérum et les tuberculoses cutanées.

M. A. Broca. — Chez le chien on voit la tuberculose évoluer incomplètement dans certaines conditions. On a ainsi du sérum de chiens à bacillose faible. C'est avec ce sérum que nous avons tenté de traiter les lésions de tuberculose cutanée, également peu virulente.

Dans un premier cas, nous avons vu se fermer une ulcération tuberculeuse du coude en l'espace de dix jours. Puis ce sont deux lupus de la cuisse qui ont promptement guéri. Enfin, un lupus du bras a été aplani rapidement. Jusqu'à présent nous avons guéri ou amélioré sept tuberculoses cutanées. Nous avons donc là un agent curatif pour certaines bacilloses locales. Disons d'ailleurs que l'on voit parfois de l'urticaire, une fièvre légère, des tendances à la syncope. Les bacilloses profondes, les masses ganglionnaires, les collections suppurées sont plus difficiles à vaincre.

Nous ne voulons évidemment pas voir là un spécifique absolu et unique. Cette méthode peut suffire à elle seule ou n'être qu'un adjuvant d'autres procédés.

Cirrhose morveuse du foie chez le cheval.

MM. Cadiot et **Gilbert.** — Nous avons examiné le foie d'un cheval mort de morve pulmonaire. La cirrhose que nous avons constatée était surtout périlobulaire, mais avec expansions dans les lobules eux-mêmes. On voyait du tissu conjonctif scléreux très dense, avec agglomérats de cellules rondes distinctes, ou fondues en une masse granuleuse colorée en rose par le picrocarmin. Elles étouffaient les cellules hépatiques qui s'étaient atrophiées et avaient disparu.

De plus, on voyait dans le foie des nodules morveux. Ces nodules et la cirrhose étaient fusionnés en différents endroits. L'agent causal doit donc être le même : c'est la morve capable de provoquer une cirrhose hépatique.

Du vératrol.

MM. Surmont et **Vermersch** (de Lille). — Le vératrol ($C^8H^{10}O^2$) ou éther diméthylique de la pyrocatéchine jouit, d'après nos expériences, de propriétés antiseptiques vis-à-vis de certaines espèces pathogènes. Ainsi le bacille du choléra, de la fièvre typhoïde, de la diphtérie y sont assez sensibles. Le bacille pyocyanique et le staphylocoque doré sont moins énergiquement impressionnés par ce produit. De même, le bacille de la tuberculose humaine semble ne pousser que fort mal en présence du vératrol.

Innervation de muscles de la vessie.

MM. Courtade et **J.-F. Guyon.** — On admet que les nerfs de la vessie, provenant du plexus sacré et ceux venus des nerfs hypogastriques (branches du ganglion mésentérique inférieur) ont la même action, avec cette différence que les nerfs sacrés produisent une contraction plus intense que les nerfs hypogastriques.

Chez le chien, tout au moins, ces deux ordres de nerfs ont un rôle tout à fait distinct. Les nerfs sacrés agissent sur la couche musculaire à fibres longitudinales, les nerfs hypogastriques sur la couche des fibres circulaires. Les nerfs du plexus sacré sont donc les vrais nerfs de la miction, car les muscles longitudinaux de la vessie interviennent presque seuls pour l'expulsion de l'urine. La couche circulaire contribue surtout à l'occlusion du col, dans l'intervalle des besoins d'uriner. Elle dépend du sympathique; c'est du sympathique lombaire, en effet, que viennent les filets du plexus hypogastrique destinés aux fibres circulaires.

Résistance du sphincter vésico-uréthral.

MM. Courtade et **J.-F. Guyon.** — Le sphincter vésico-uréthral est formé de fibres musculaires lisses dans sa partie supérieure, de fibres musculaires striées dans sa partie inférieure. Nous avons voulu voir si la physiologie nous permettrait de constater une différence d'action entre ces deux portions sphinctériennes. En effet, leur résistance est loin d'être la même.

Quand le bec de la sonde est dans l'urèthre antérieur, sons la région membraneuse, il faut une pression de 80 centimètres à 1 mètre pour faire pénétrer du liquide dans la vessie. Le bec est-il, au contraire, dans l'urèthre profond, au-dessus de la région membraneuse, une pression de 15 centimètres suffit à forcer les fibres musculaires lisses.

66e Année. 9e Série. Tome II — No 32 — 10 Aout 1895

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : **Dr F. de RANSE** — *Rédacteur en chef :* **Dr Pierre SEBILEAU**

Secrétaire de la Rédaction : **M. Em. EMERY**

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 28, rue Vignon

TRAVAUX ORIGINAUX

Du flot lombo-abdominal dans les épanchements péritonéaux

Par L. Bard, professeur à la Faculté de médecine.

Tout le monde connaît le flot ascitique, et il serait inutile d'en rappeler les caractères classiques. On a l'habitude de le rechercher d'un côté à l'autre, le malade placé dans le décubitus dorsal ; sans avoir fait, il est vrai, de recherches bibliographiques à ce point de vue spécial, je n'ai pas souvenir d'avoir trouvé mention d'aucun autre mode de recherche de ce phénomène.

J'ai pu constater, par l'examen de plusieurs malades, que l'on obtenait avec autant de netteté et de facilité le flot ascitique en le recherchant d'arrière en avant, le malade placé dans la station assise, et c'est à ce mode de constatation que je donne le nom de flot lombo-abdominal. La main antérieure peut être placée sur les diverses parties de l'abdomen, la main postérieure percute sur la région du carré des lombes, sur les côtés de la colonne vertébrale.

De même que pour la recherche du flot en avant, il faut se mettre en garde contre une transmission des ondulations par les parties molles superficielles, mais il suffit d'en être prévenu pour éviter cette cause d'erreur. J'ajouterai que l'erreur n'est possible que si la main antérieure est placée trop près des faces latérales du tronc, l'ébranlement superficiel ne se propageant jamais jusqu'au voisinage de la ligne médiane, surtout à l'hypogastre. Le flot ne se perçoit bien que d'arrière en avant ; il est très faible, ou même nul, d'avant en arrière, sauf dans le cas d'épanchement très abondant.

L'introduction du flot lombo-abdominal dans la séméiologie de l'ascite n'aurait qu'une importance très secondaire, s'il n'était qu'un mode différent de constatation du flot antérieur, présentant une valeur et une signification absolument identiques. Il résulte, au contraire, des observations que j'ai pu faire, que ce mode de flot présente des avantages tout particuliers, au moins à deux points de vue :

En premier lieu, c'est un phénomène très précoce, qui peut révéler un épanchement peu abondant, encore inaccessible aux autres procédés d'exploration. Dans ce cas, le malade doit être placé dans la station assise, un peu penché en avant, et la main antérieure de l'explorateur doit être portée sur la ligne médiane, très bas dans l'hypogastre, immédiatement au-dessus du pubis. Dans ces conditions, on perçoit le flot de très bonne heure, et il peut figurer comme signe de début à côté du ballottement utérin signalé par M. Tripier. Je ne sais pas s'il pourrait rivaliser avec celui-ci à ce point de vue, le fait n'est pas probable *a priori*, mais je ne saurais rien dire de leurs rapports, n'ayant encore eu l'occasion de le constater, comme phénomène hâtif, que chez un homme ; il a du moins sur le ballottement utérin l'avantage de se retrouver dans les deux sexes. Il est d'une constatation plus commode et plus significative que la matité médiane dans la position genupectorale.

En second lieu, il acquiert une importance particulière pour l'exploration de l'abdomen dans les cas d'ascite très abondante, tendue, empêchant d'apprécier par la palpation la nature du contenu péritonéal. J'ai pu constater, en effet, que le flot lombo-abdominal fait défaut, ou est extrêmement affaibli, dans les cas où existent dans l'abdomen des adhérations ou des masses indurées, qui s'interposent comme un écran sur la trajectoire qui réunit les deux mains exploratrices. En pareil cas, ce flot peut exister très intense d'un côté et faire complètement défaut de l'autre côté, alors que l'exploration antérieure ne révèle aucune différence entre les deux moitiés de l'abdomen. Tel est le cas d'un malade, encore présent dans mon service en ce moment, chez lequel le diagnostic peut hésiter entre une péritonite tuberculeuse à forme ascitique et une cirrhose du foie. Le flot lombo-abdominal existe à droite et fait défaut à gauche, et cette différence assure le diagnostic : après une paracentèse j'ai pu constater par la palpation, dans le flanc gauche, des masses indurées qui fournissent

la raison d'être de la différence des flots latéraux et qui témoignent de leur valeur. Le liquide s'étant reproduit, les masses indurées sont redevenues inaccessibles à l'exploration antérieure, mais le flot lombo-abdominal continue à révéler leur présence.

Il est facile de prévoir que la constatation du flot lombo-abdominal, et surtout l'étude de ses variations ou de ses modalités, pourront être utilisées pour le diagnostic différentiel des kystes ovariques et des autres collections liquides intra-abdominales d'avec les épanchements péritonéaux; mais je n'ai rien à dire à ce sujet, n'ayant pas eu l'occasion d'observer des malades de cette catégorie depuis que mon attention a été attirée sur ce point.

(*Lyon médical.*)

Lésions hépatiques engendrées chez le chien avec la toxine diphtérique.

Par MM. J. Courmont, Doyon et Paviot.

Les altérations du foie chez l'homme mort de diphtérie ont été relativement peu étudiées. Cet organe est augmenté de volume, gorgé de sang. Le microscope dénote une infiltration graisseuse des cellules endothéliales, des capillaires sanguins-intralobulaires et des cellules hépatiques, surtout marquée au voisinage des espaces portes, de la dilatation vasculaire à prédominance, au contraire centrale sus-hépatique et de l'infiltration leucocytaire des espaces portes (Morel). Artel a vu des hémorrhagies capillaires et sous-capsulaires et interstitielles. Gastou (1) a décrit les lésions du *foie infectieux* en partie sur des pièces de diphtériques; il pense que le foie infectieux de Hanot, caractérisé par des plaques blanches, offrant parfois des granulations en saillie (foie granuleux, infectieux) ou même des tumeurs ressemblant à des angiômes caverneux, est toujours le résultat, quelle que soit la maladie générale, d'une infection secondaire gastro-intestinale. Les altérations hépatiques constitueraient donc une complication due directement aux microbes de l'intestin ayant pénétré par la veine porte.

Au point de vue expérimental, Roux et Yersin ont signalé la teinte jaune et la friabilité du foie chez le lapin injecté avec des cultures complètes ou filtrées du bacille de Lœffler ; cet aspect manque chez le cobaye.

Dans le cours de nos expériences sur la toxine diphtérique, nous avons déjà étudié les lésions de l'intestin produites chez le chien d'une façon suraiguë par injection intraveineuse de ce poison (2). Nous avons constamment obtenu chez cet animal une congestion intense du foie accompagnée parfois d'ictère généralisé très prononcé. Le duodénum est souvent gorgé de bile. Nous avons observé, en outre, chez cet animal, injecté dans le système veineux général avec quelques centimètres cubes de toxine diphtérique, la production, en quelques heures, d'une hépatite rappelant de très près l'aspect microscopique du foie infectieux de Hanot et les figures de foie diphtérique publiées dans la thèse de Gastou. En voici un exemple.

(1) Gastou. — Du foie infectieux. Thèse Paris 1893.

(2) Courmont, Doyon et Paviot. — Des lésions intestinales dans l'intoxication diphtérique expérimentale aiguë. *Société de Biologie*, 2 février 1895 et *An. de physiologie*, juillet 1895.

Le 26 janvier 1895, un chien de 11 kil. 500 reçoit dans la veine tibiale 1 cent. 1/2 d'une culture filtrée du bacille de Lœffler tuant le cobaye en 40 heures.

A l'autopsie l'intestin grêle présente les lésions que nous avons antérieurement décrites. Les reins, la rate sont simplement congestionnés. Œdème à la base des deux poumons.

Le foie est volumineux, gorgé de sang; sa surface est parsemée de nodules saillants dont le volume varie de la grosseur d'un pois à celle d'une noix; ils sont blancs, mouchetés de taches brunes et se détachent sur la surface jaunâtre du foie. A la coupe ces nodules sont arrondis ou légèrement allongés en forme de haricots s'enfonçant dans le tissu hépatique; leur limite est excessivement nette tracée par une ligne festonnée. Ils sont composés d'un stroma aréolaire blanc-jaunâtre paraissant gorgé de sang noir; on dirait les noyaux secondaires d'une tumeur devenus télangiectasiques. Dans l'intérieur du foie on compte un très grand nombre de ces nodules qui, en certains points, se touchent tous, plusieurs petits groupés autour d'un nodule plus volumineux. Quelques-uns ont une limite plus confuse.

Certains nodules, des plus volumineux, se présentent à la surface avec le même aspect, mais sans faire saillie.

Ces lésions hépatiques, examinées au microscope, ont révélé les détails suivants :

Les tumeurs les plus volumineuses et faisant peu saillie sont d'une grande friabilité à la coupe. Dans la partie centrale friable des îlots conjonctifs rouges marquent encore les espaces portes, entre lesquels les cellules hépatiques déformées, gonflées, de couleur sombre à noyau peu ou pas colorable, sont mélangées à un assez grand nombre de globules rouges, la constitution lobulaire ne se reconnaît plus. L'aspect spécial de ces cellules hépatiques, la fragilité de la masse, la limite nette qui la sépare du tissu ambiant sont des caractères suffisants pour faire regarder ces tumeurs comme des *foyers de nécrobiose*. La lésion est donc plus cellulaire qu'hémorrhagique. Contrairement à ce que semblait faire croire l'aspect macroscopique autour de ces foyers, une congestion beaucoup plus intense écrase toutes les cellules hépatiques qui apparaissent comme des blocs brunâtres et granuleux plongés dans une nappe de globules rouges; mais ces parties ont une consistance normale et sont plus congestionnées que les foyers nécrotiques qu'elles entourent.

Les tumeurs plus petites et plus saillantes sont dues, au contraire, à des *hémorrhagies* plus ou moins abondantes, se continuant avec une dilatation intense des capillaires, qui, d'ailleurs, plus atténuée s'étend à tout l'organe. Tous les espaces portes offrent une ou deux grosses veines dilatées.

Dans tout organe loin ou près des lésions, en foyer, l'altération des cellules hépatiques est profonde : ici elles sont en *tuméfaction trouble*, très granuleuses, ne laissant plus voir leur noyau ; là elles ont disparu, remplacées par une nappe de granulations et de globules rouges, semée de noyaux libérés; mais, en somme, tout le foie est altéré.

CONCLUSIONS

1° La toxine diphtérique introduite dans le système veineux général peut engendrer en quelques heures, chez le

chien, une hépatite parenchymateuse, rappelant macroscopiquement le *foie infectieux* de Hanot.

2° Celui-ci peut donc être le fait d'une intoxication générale et n'est pas forcément le produit d'une infection gastro-intestinale comme l'a soutenu Gastou.

3° Ces lésions toxiques suraiguës portent spécialement sur la cellule hépatique (tuméfaction trouble) et sur le système vasculaire (vaso-dilatation générale, hémorrhagies interstitielles). Elles sont généralisées à la totalité du foie. Poussés à l'extrême, en certains points les deux processus forment des nodules volumineux dus, soit simplement à une hémorrhagie en foyer (nodules saillants), soit à un foyer nécrobiotique (nodules volumineux et peu saillants).

4° En raison de la rapidité de l'intoxication, on n'observe ni dégénérescence graisseuse des cellules hépatiques, ni infiltration embryonnaire, ni aucune modification du tissu conjonctif des espaces portes. Il ne s'agit donc pas encore d'un processus cirrhotique, comparable à celui qui envahit le foie diphtérique humain dont l'intoxication est plus lente. (*La Province médicale.*)

REVUE MÉDICALE

Maladies infectieuses.

Par le Dr Ch. Fiessinger (d'Oyonnax).

I. — Etude sur la constitution médicale des cantons de Matignon et de Pléneuf (Côtes-du-Nord), par M. Ch. Pépin. Th. Paris.

II. — Etude clinique sur les formes pseudo-phymiques de la grippe, par M. Egger. Th. Lyon.

III. — Etude historique de la dengue en Syrie, par M. Négib Dayeh. Th. Paris.

IV. — Etude sur l'épidémie cholérique de Nantes de 1892-93, par M. J. Rautureau. Th. Paris.

V. — Sur quatre cas d'hypermégalie hépatique et splénique d'origine palustre, par M. Bouly de Lesdain. Th. Paris.

VI. — Etude sur une épidémie de variole, à Paris, pendant les années 1893 et 1894, par M. J. Jeanpierre. Th. Paris.

VII. — Stomatite et rhinite impétigineuses dans la rougeole, par M. Fr. Wermeille. Th. Paris.

VIII. — Albuminurie dans la fièvre typhoïde (pronostic et traitement par les bains froids), par M. Louis Lecoq. Th. Paris.

IX. — Des ruptures musculaires spontanées dans la fièvre typhoïde, par M. Paul Kieffer. Th. Paris.

X. — Sur les troubles mentaux qu'on observe pendant le cours et la convalescence de la fièvre typhoïde, par M. Ch. Saisset. Th. Paris.

XI. — Contribution à l'étude des rapports de la fièvre typhoïde et de l'épilepsie, par M. Henri Commenges. Th. Paris.

I. — Dans les Côtes-du-Nord les gens ne sont pas propres. Ce n'est pas seulement sur les planchers que crachent les phtisiques; ils crachent encore contre la muraille. Les conseils que leur prodigue M. Pepin seront-ils écoutés? Les campagnards ont l'oreille dure et l'aisance de leur expectoration est affligeante.

II. — Dans un travail inspiré par M. le professeur Teissier (de Lyon), M. Egger étudie les formes pseudo-phymiques de la grippe. Ces formes ont de la tendance à se localiser au sommet des poumons; elles produisent un état congestif qui va parfois jusqu'à l'hépatisation et peuvent simuler des symptômes pseudo-cavitaires. Dans d'autres cas, elles prendront l'aspect d'une broncho-pneumonie à foyers multiples disséminés, une bronchite unilatérale ou une pleurésie. S'agit-il d'une granulie, d'une tuberculose ulcéreuse subaiguë, d'une tuberculose chronique? La recherche du bacille de Koch, la marche de la maladie, la constitution médicale ambiante assureront le diagnostic.

III. — La dengue et la grippe sont-elles deux infections distinctes? M. Brun dit oui et M. Rouvier dit non. M. Negib Dayek avoue n'avoir pas la compétence requise pour prendre parti. Il laisse ses savants professeurs à leurs opinions divergentes.

IV. — Au moins M. Rautureau ne se trouve-t-il pas en si délicate posture. Il n'a pas à juger entre ses maîtres. Personne ne proteste quand il dit que le choléra de Nantes avait été importé de Paris (1892). Et que le bacille isolé dans cette épidémie ait été le bacille virgule, que l'eau se soit montrée comme l'agent le plus actif de la propagation du choléra, ce sont là assertions qui n'indisposent l'amour-propre de qui que ce soit.

V. — Il n'est pas inutile de rappeler que M. Lancereaux a le premier démembré l'histoire des cirrhoses. Son élève, M. Bouly de Lesdain, rapporte quatre cas d'hypermégalie hépatique et splénique d'origine palustre.

VI. — Un des caractères de la rougeole est sa gravité qui augmente avec le nombre des cas. Il n'en est pas ainsi de la variole. Epidémique ou sévissant par cas isolés, sa gravité est la même. Du moins, M. Jeanpierre l'affirme.

VII. — Lorsque les lésions spécifiques du nez et de la bouche dans la rougeole (érythème, desquamation, fissures, érosions) se compliquent d'infection secondaire, les érosions du nez s'étendent et sécrètent un liquide séropurulent qui se concrète en croûtes jaunâtres; les lésions de la bouche se transforment en stomatite impétigineuse. M. Wermeille n'a pas observé de rapport de cause à effet entre la stomatite et la rhinite impétigineuses d'une part et la broncho-pneumonie d'autre part.

VIII. — M. Lecoq insiste sur la gravité de l'albuminurie tardive dans la fièvre typhoïde. Plus de 60 0/0 de décès quand l'albumine se précipite en abondance du quinzième au vingtième jour. Le chiffre de la mortalité peut être abaissé par l'emploi des bains froids.

IX. — C'est l'histoire d'une rupture musculaire au cours de la fièvre typhoïde que nous rapporte M. Kieffer :

Jeune homme de vingt-huit ans entré dans le service de M. le Dr Duguet. Au vingtième jour de sa maladie, rupture spontanée du muscle grand droit de l'abdomen (côté gauche). L'hématome qui suit se transforme en foyer purulent dont les staphylocoques dorés et les coli-bacilles étaient les micro-organismes pathogènes.

X. — Le délire de la période fébrile de la fièvre typhoïde consiste en un véritable état de rêve avec obnubilation intellectuelle et hallucinations variées; la confusion mentale représente la forme habituelle des troubles mentaux de la convalescence; ce sont là faits que M. Saisset a tenu à renouveler, à l'aide d'observations inédites. Les psychoses bien définies, la manie, la mélancolie, les divers délires dégénératifs ne se développeraient jamais que chez les héréditaires.

XI. — Par contre, restent assez vagues les antécédents néréditaires des typhoïdiques atteints d'épilepsie. C'est pendant la maladie ou au cours de la convalescence que l'épilepsie apparaît : bénigne quand elle accompagne la pyrexie, elle se termine par la mort ou la déchéance complète du sujet au cas où le délire et les troubles vésaniques lui font cortège dans la convalescence. Que si les manifestations vésaniques sont absentes de l'épilepsie, M. Commenges nous apprend que le pronostic est celui de l'épilepsie vulgaire tardive et dite idiopathique.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Leçons de thérapeutique : les agents physiques et naturels.

Par Georges Hayem.

Est-il bien difficile d'être original, quand on traite un sujet dont des recherches spéciales, des études antérieures, vos aptitudes particulières, votre fantaisie, le hasard même dirigent ou fixent le choix ? Je ne le pense pas.

Il n'en est pas de même lorsque le champ de vos investigations vous est imposé par la nature de vos fonctions ; je précise : lorsque l'on est professeur de Faculté, chargé d'enseigner l'hygiène ou la pathologie, la médecine légale ou la thérapeutique, la médecine opératoire ou l'anatomie. Ici les conditions du travail sont en quelque sorte dictées par la tradition, sinon par des programmes qui étreignent et gênent la liberté d'allures du maître.

Les cadres sont tracés, le terrain est défini, les limites sont bien marquées.

Des classifications existent, auxquelles on est pour ainsi dire obligé de se soumettre, un ordre est indiqué par les prédécesseurs, ordre qui vous met des chaînes dont il est d'autant moins aisé de s'affranchir que les élèves euxmêmes seraient trop déroutés si vous changiez la voie que leur ont montrée les livres qu'ils ont entre les mains, les *manuels* et que suivent tous vos collègues.

Innover dans un cours de thérapeutique, sortir de ces ornières si profondément creusées, ouvrir des chemins nouveaux, présenter des horizons inattendus ou ignorés : telle est cependant la tentative que M. Georges Hayem a eu l'audace de faire.

Dans le cours de thérapeutique qu'il professe à la Faculté de Paris, il a commencé à s'occuper des médications. Cette première partie de son enseignement comprend quatre séries dans lesquelles sont successivement étudiées les médications désinfectante, sthénique, antipyrétique, hypnotique, antispasmodique, antidyspeptique, antidyspnéique expectorante, antisudorale, etc.

La deuxième partie du cours a été réservée à l'exposé des divers traitements.

Dans une troisième partie qui sert de complément indispensable aux deux autres, M. Hayem s'est occupé de l'étude des agents physiques et naturels.

C'est cette dernière partie, complète en un seul volume, que je voudrais présenter à nos lecteurs.

Nous vivons en un temps où « les affections chroniques sont si répandues, où l'on vit plus vieux, mais plus péniblement, plus pathologiquement, les médicaments proprement dits doivent céder le pas, dans un très grand nombre de circonstances, à des pratiques capables de modifier la nutrition générale et de régulariser les réactions nerveuses. Si l'on néglige souvent de recourir à ces pratiques ou si l'on s'en sert mal, cela tient, en partie, à la difficulté qu'éprouvent les élèves à en faire l'étude. »

Tels sont les désidérata que l'auteur a voulu combler.

Des 45 leçons qui composent ce livre, les 8 premières sont consacrées à l'étude des agents thermiques. On y trouve une description complète et des plus intéressantes des phénomènes résultant des applications froides. L'auteur classe ces effets en trois catégories : la 1re comprenant les effets, soit locaux, soit éloignés se produisant pendant la durée des applications ; la 2e comprenant les effets secondaires ou réactionnels provoqués par les applications du froid (phénomènes vasculaires, phénomènes relatifs à la pression sanguine et ceux relatifs aux variations de température) ; la 3e catégorie exposant les effets tardifs des applications froides, pseudo-fièvre hydrothérapique, modification de la nutrition générale, résultats généraux des pratiques hydrothérapiques.

Après l'étude des effets du froid, M. Hayem passe à l'examen des effets produits par les applications chaudes, et il en divise la description en *effets locaux*, *effets à distance* et *effets consécutifs*.

Puis vient l'exposé des divers modes d'application du froid ou du chaud : procédés avec percussion ou sans percussion, douches avec toutes leurs variétés, maillots, bains partiels ou généraux, étuves, etc., etc.

Après l'étude thérapeutique des agents thermiques, le professeur aborde dans tous ses détails l'étude de l'électrothérapie, à laquelle 19 leçons sont exclusivement consacrées. Nous ne saurions suivre M. Hayem dans cet exposé si complet des effets physiologiques et thérapeutiques des divers modes d'électrisation : franklinisation, galvanisation, faradisation, procédés locaux, procédés généraux (galvanisation centrale, bains électriques).

La 28e leçon et la 29e sont réservées à la pression atmosphérique utilisée comme agent thérapeutique. On y voit ce qu'on peut attendre des bains d'air comprimé.

M. Hayem aborde ensuite l'étude des climats. Après avoir donné une idée générale du climat et des conditions qui en déterminent les caractères, il examine les qualités de l'air atmosphérique au point de vue de sa composition chimique, de l'humidité (brouillards, nuages, pluies), des principes surajoutés, tels que les poussières, et aussi au point de vue de la température, de la lumière, de la densité de l'air et des mouvements de l'atmosphère. L'action physiologique des climats maritimes, des stations hivernales, des voyages sur mer est ensuite étudiée ; puis viennent les climats de terre : climats de montagne et climats de plaine.

On voit combien de choses intéressantes et presque toutes à l'ordre du jour renferme ce livre.

Ce n'est pas tout, car il se termine par un véritable traité des eaux minérales naturelles.

Onze leçons sont remplies des notions qu'il importe plus que jamais à tout praticien de connaître : effets physiologiques du traitement externe, du traitement mixte, du traitement interne ; étude des eaux minérales en particulier, tout y est.

Je me contenterai, en terminant, de reproduire la classification adoptée par le professeur de la Faculté de Paris :

Première section. — Eaux où prédomine l'action d'un principe médicamenteux comprenant : les eaux sulfureuses (sulfurées sodiques, sulfurées calciques et sulfhydriques) ; les eaux chlorurées sodiques ; les bicarbonatées sodiques ; les alcalino-terreuses ; les sulfatées sodiques et magnésiennes ; les ferrugineuses et les eaux indéterminées (les hydrominérales simples et les acidules gazeuses).

Deuxième section. — Eaux dont l'effet thérapeutique semble se rattacher à plusieurs principes : sulfurées-chlorurées et chlorurées-sulfurées ; chlorurées-bicarbonatées. sulfurées mixtes ; et, enfin, dans des groupes complémen-

taires : les eaux arsénicales, les eaux iodo-bromurées, les eaux lithinées et les azotées.

Une belle carte, que nous aurions cependant désirée plus complète, indique les principales stations d'eaux minérales, les grandes stations climatériques, les stations de bains de mer les plus importantes de la France et de l'Europe centrale, et vient encore augmenter l'intérêt de ce travail.

En abordant toutes les questions spéciales qu'il a étudiées dans ce volume, l'auteur cherchait surtout, il nous le dit lui-même dans sa préface, à résumer l'état de nos connaissances, travail pénible et qui ne laissait pas que d'exiger beaucoup de soins, de science et de temps. L'œuvre est bien venue. Le succès ne pourra que répondre à un semblable effort.

Paul Fabre (de Commentry).

A L'ÉTRANGER

ALLEMAGNE

Injections intra-veineuses au sublimé (Baccelli) dans la septicémie puerpérale, par le professeur Théod. v. Kezmarszky (*Centralbl. für Gynækol.*, n° 38).

Lorsqu'apparaissent les symptômes de pyohémie après l'accouchement, nous avons pour les combattre deux méthodes de traitement : l'une cherche à rendre inoffensives les substances nuisibles, charriées par le sang ; l'autre à mettre l'organisme dans le meilleur état de résistance. Cette dernière méthode est le plus souvent employée ; certes, la première est plus rationnelle, ce serait le traitement idéal, mais jusqu'ici nous ne pouvons l'employer, puisque les agents que nous connaissons pour tuer les bactéries sont des poisons eux-mêmes au degré de concentration où ils seraient actifs. On connait l'effet favorable qu'ont les frictions d'onguent gris dans différentes formes de fièvre puerpérale. De là, est venue cette pensée que la puissance curative du mercure doit être d'autant plus grande qu'il est mis en rapport plus intime avec le sang.

Les communications de Baccelli sur les succès que lui ont donnés les injections de sublimé dans la syphilis ont engagé l'auteur à agir de même pour la septicémie puerpérale. Il essaya d'abord les injections sous-cutanées de sublimé, mais sans succès. Dans les deux cas qui se présentèrent ensuite, il fit des injections intra-veineuses en augmentant progressivement la dose de 1 à 5 milligrammes par jour. Par la compression du bras, on obtient le gonflement des veines de l'avant-bras et l'on injecte, au moyen d'une seringue de Pravaz, la solution de sublimé dans la veine gonflée. La première malade reçut 10 injections, en tout 37 milligrammes de sublimé ; la deuxième, 8 injections, soit 31 milligrammes de sublimé. Une légère salivation se montra chez cette dernière, mais qui disparut en quelques jours.

Chez les deux malades, la fièvre commença à décroître dès le début des injections et disparut enfin complètement.

L'amélioration se montra telle dès le deuxième ou troisième jour du traitement, qu'on doit l'attribuer, en grande partie du moins, aux injections de sublimé. Car, il faut le dire, dans les deux cas, tout l'appareil thérapeutique fut employé : on s'attacha surtout à soutenir les forces des malades.

Si ces cas ne sont pas encore suffisamment probants, ils montrent du moins que les injections intra-veineuses de sublimé de Baccelli ne sont pas nuisibles dans l'état puerpéral. De nouveaux essais dans cette voie sont justifiés, puisque théoriquement le pouvoir curatif de ces injections est acceptable.

L'auteur regarde comme propres à ce traitement les cas de fièvre puerpérale, où il y a infection généralisée et empoisonnement de l'organisme, sans lésion locale évidente, dans les cas de septicémie veineuse.

Traitement préventif de la blennorrhagie par des mèches uréthrales, par le Dr Boureau (*Centralbl. für inner. med.*)

Des mèches longues de 4 à 6 cent., d'une épaisseur correspondant au 12 Charrière, sont enduites de vaseline au sublimé à 1 0/00 et laissées environ 6 heures dans le canal. Par ce traitement joint au lavage de l'urèthre, des blennorrhagies aiguës, avec écoulement commençant, ont été très rapidement guéries. Des uréthres infectés de pus blennorrhagique furent si heureusement influencés par ces mèches que toute sécrétion disparut. Par suite il serait indiqué après un coït suspect de faire avec ces mèches un traitement prophylactique.

Sur la question du traitement opératoire de l'arthrite déformante et du rhumatisme articulaire chronique, par W. Muller (*Arch. für. klin. Chirurg.*, n° 47).

Ces affections n'ont été que très rarement traitées chirurgicalement. Müller a réséqué 2 fois la hanche, 2 fois le genou, 3 fois le poignet pour arthrite déformante : de plus, il a fait 4 résections pour rhumatisme articulaire chronique. Dans tous les cas le résultat a été excellent au point de vue de la cessation des douleurs ; sous le rapport du fonctionnement de l'articulation, il a été très satisfaisant.

D'après ces bons résultats, Müller se croit autorisé à penser que le traitement de ces lésions articulaires pourrait entrer bientôt dans le domaine chirurgical.

Transplantation de peau de pigeons,
Par le Dr N.-B. Aldrick (*Monatsh. f. prakt Dermat*).

Pour éviter les douleurs et la narcose qui sont liées avec l'emploi de la méthode de Thiersch, on employa de la peau de pigeons jeunes, non encore couverts de plumes. On transplanta cette peau sur la surface granuleuse à recouvrir et tout réussit très bien. Plus tard on fit usage de la peau d'animaux plus âgés, en observant toutes les précautions antiseptiques. Dans ces cas encore le résultat fut satisfaisant.

AUTRICHE

Nouvelle méthode de respiration artificielle,
Par Berthold Beer (*Wien. med. Bl.*)

Cette méthode consiste dans l'emploi de glace pour amener le retour de la respiration. Voici comment l'auteur opère : Il caresse lentement la muqueuse des lèvres et de la bouche avec un morceau de glace, en gardant autant que possible un rythme correspondant à celui de la respiration normale.

Le résultat fut, dans les cas observés, le retour d'une respiration vraiment forte qui par l'application continue de la glace devint très régulière, calme et profonde. La glace ainsi employée à l'entrée de l'appareil respiratoire a de plus un effet sédatif général et l'auteur a employé avec succès cette action calmante dans le traitement des cérébraux.

Le Dr Foges, à Vienne, a obtenu des résultats également favorables avec l'emploi de la glace pour la respiration artificielle dans deux cas d'asphyxie. En tout cas, cette méthode permet d'essayer pendant plusieurs heures de rappeler un malade à la vie. Inoffensive pour le malade, commode pour le médecin, elle offre encore d'autres avantages par son action sédative.

ITALIE

Une nouvelle méthode de traitement des ulcères variqueux des jambes, par Moreschi (*Riforma medica*, 1894.)

Moreschi recommande un procédé qu'il a essayé avec succès dans deux cas. Ce procédé consiste à faire au-dessus et au-dessous de l'ulcère une incision circulaire allant jusqu'à l'aponé-

vrose : toutes les veines rencontrées par ces incisions sont prises entre deux ligatures et sectionnées. La plaie n'est pas suturée, mais on la laisse guérir par granulation.

Le nombre des ligatures à effectuer allait dans un cas à plus de 30. L'auteur tient son procédé pour rationnel, puisqu'il décharge les veines et leur donne la possibilité de se rétrécir et de s'oblitérer.

SOCIÉTÉS SAVANTES

CONGRÈS FRANÇAIS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES

Sixième session tenue à Bordeaux, du 1er au 7 août 1895.

Corps thyroïde et maladie de Basedow.

Tel est le titre de la question, toute d'actualité, que le Congrès avait mise à l'ordre du jour de l'une de ses premières séances et dont **M. Brissaud** (de Paris) avait été nommé rapporteur.

Dans son exposé, M. Brissaud commence par se limiter aux rapports de cause à effet qui paraissent exister entre les altérations organiques ou fonctionnelles du corps thyroïde et le goître exophtalmique. C'est donc de la pathogénie de la maladie de Basedow qu'il va surtout être question.

Trousseau le premier en 1862, tenta d'expliquer la cause de cette affection, qu'il considérait comme une névrose du cœur à localisation sympathique primitive.

Mais, c'est Piorry qui exposa la première théorie thyroïdienne du goître exophtalmique en montrant que la compression des gaines vasculo-nerveuses du cou par le thyroïde hypertrophié entraînait soit des troubles nerveux, soit des troubles circulatoires, soit les uns et les autres à la fois.

Alors tomba en désuétude la théorie sympathique dont Trousseau s'était fait le défenseur et, jusque dans ces dernières années, la théorie dite bulbaire ou centrale rallia la majorité des auteurs.

Bientôt, après les travaux de Mœbius, les idées changent. On dit que la glande thyroïde secrète une substance toxique et que c'est cette substance qui exerce sur les centres nerveux les actions pathogènes diverses qui se traduisent par la triade et les symptômes connexes du goître exophtalmique.

La lésion goîtreuse serait donc la cause éloignée, mais indispensable, de la maladie de Basedow.

Voilà donc, en somme, deux théories contradictoires : l'une fait de la maladie de Basedow une affection primitivement encéphalique, bulbo-protubérantielle ; l'autre la considère comme une auto-intoxication à réactions nerveuses.

Ces deux théories peuvent-elles se concilier ?

Or, l'examen clinique conduit aux conclusions suivantes : la cause de la maladie de Basedow est une intoxication thyroïdienne, mais la cause des symptômes est la localisation bulbo-protubérantielle du poison thyroïdien.

On pourrait donc, semble-t-il, appliquer à la maladie de Basedow la loi de Charcot qui régit toute la pathologie des centres nerveux : la lésion n'est rien, la localisation est tout. Partant, il faut se garder de toute théorie exclusive vis-à-vis le goître exophtalmique, il faut en faire, non une maladie, mais un syndrôme, c'est-à-dire un ensemble de phénomènes à combinaison plus ou moins étroite, à évolution plus ou moins fatale. Dans le nombre de ces phénomènes il en est un, en général, qui l'emporte sur les autres par sa précocité, par son intensité, par sa constance : c'est la dyspnée par contraction tonique du diaphragme ; dans la maladie de Parkinson, c'est la rigidité musculaire.

Existe-il dans la maladie de Basedow un symptôme invariablement prédominant ? Ce n'est certainement pas la tuméfaction goîtreuse, non plus que l'exophtalmie : c'est la tachycardie. C'est le symptôme le plus précoce, le plus durable, le plus constant, autour duquel viennent se grouper tous les autres : tremblement, accès de diarrhée paroxystique, boulimie, fringales, crises de dyspnée, polyurie, troubles menstruels, dystrophies cutanées, etc., tous symptômes dont l'ensemble est pathognomonique de la maladie de Basedow. Le goitre et l'exophtalmie peuvent manquer à un tableau si complexe. Or, si l'affection se réduit en dernière analyse à un syndrôme si inconstant dans ses éléments constitutifs fondamentaux, c'est que sa cause première est elle-même variable, et tel est le cas de tous les syndrômes nerveux.

La maladie de Basedow est donc un syndrôme à peu près exclusivement nerveux.

De toutes les causes prédisposantes, l'hérédité est de beaucoup la plus efficace : hérédité similaire et surtout hérédité névropathique. Mais ici la théorie bulbaire et la théorie thyroïdienne peuvent à l'envi se flatter de fournir chacune l'interprétation la plus plausible : la théorie bulbaire par l'anxiété commune à toutes les affections du bulbe, la théorie thyroïdienne par l'action de la substance toxique sur l'écorce intelligente.

Il n'en est pas de même en ce qui concerne l'influence des excès, du surmenage et des traumatismes où la théorie thyroïdienne donne une démonstration étiologique insuffisante.

En somme, la théorie thyroïdienne s'est appropriée l'hypothèse qui subordonne le syndrôme basedowien à une localisation nerveuse centrale, dont les troubles seraient sous la dépendance d'une altération du sang consécutive au mauvais fonctionnement du corps thyroïde altéré.

En effet, les lésions du corps thyroïde sont constantes. C'est là un fait certain, mais elles sont sujettes à de grandes variétés.

Et d'abord, l'hypertrophie de la glande est loin d'être proportionnelle à l'intensité des symptômes du goître exophtalmique. Cette hypertrophie relève de deux variétés de lésions : des formations kystiques et une sorte de cirrhrose hypertrophique, consistant en une pullulation des follicules ou grains thyroïdiens au sein d'un tissu plus ou moins dense de sclérose interstitielle.

Mais est-on en droit de conclure à la nature thyroïdienne de la maladie de Basedow, parce que le corps thyroïde présente d'autres lésions que des lésions de l'appareil vasculaire ? Il semble que non. D'une part, M. Brissaud a trouvé que le corps thyroïde n'était jamais sain chez des individus ayant succombé à une maladie chronique sans jamais avoir manifesté le moindre symptôme de goître exophtalmique.

D'autre part, M. Renaut a depuis longtemps insisté sur l'insuffisance de la circulation lymphatique du corps thyroïde dans le syndrôme basedowien. D'après ce fait, les toxines de la sécrétion thyroïdienne seraient déversées directement dans le sang et y seraient en surabondance, n'étant plus détruites par les cellules lymphatiques.

A un autre point de vue, on sait que le syndrôme basedowien s'associe volontiers à d'autres états nerveux dynamiques et organiques.

Quand il les précède, il est évident que la théorie thyroïdienne demeure inattaquable, mais quand il les suit, cette théorie n'a plus de valeur.

Néanmoins, il ne faut pas être exclusif dans cette discussion. L'exclusivisme, conclut M. Brissaud, est pour le moment insoutenable.

Toutefois, si l'on discute encore sur la nature intime de la fonction thyroïdienne, il faut convenir que le débat s'est singulièrement limité. Tous les expérimentateurs admettent aujourd'hui que le corps thyroïde est une glande vasculaire sanguine dont la sécrétion interne consiste à produire une substance ayant une action immédiate sur les centres nerveux et secondairement sur la nutrition totale de l'organisme. Cette sécrétion interne est un fait bien démontré. Mais comment faut-il la comprendre ? Quelle en est la nature ? Comment et sur quels éléments agit-elle ? Ici les hypothèses commencent. Deux suppositions seulement sont possibles : ou

bien la glande sécrète une substance utile à l'économie, ou bien la sécrétion interne a pour but d'éviter l'accumulation nocive d'un produit toxique dans les tissus en le détruisant au fur et à mesure qu'il se forme. Cette dernière manière de concevoir la fonction thyroïdienne est aujourd'hui de beaucoup la plus répandue (Schiff, Herzen, Fano, Lauda, Gley).

En terminant, M. Brissaud dit quelques mots du traitement de la maladie de Basedow. Les chirurgiens ont fait la thyroïdectomie dont la dernière statistique, celle de Heydenreich, est considérée par l'auteur lui-même comme trop favorable. Les médecins ont, les uns tenté l'ingestion de lobes thyroïdiens avec quelques succès, les autres préconisé l'ingestion de fragments de thymus (Mikulicz), considéré comme un antagoniste du corps thyroïde. Enfin, M. Ballet et Henriquez ont tenté, dans ces derniers temps, un procédé sérothérapique, en injectant du sérum de chiens éthyroïdés à des malades basedowiens.

M. Renaut (de Lyon), dont les travaux sur l'histologie pathologique du corps thyroïde au cours du goître exophtalmique ont été rappelés par M. Brissaud, rappelle qu'il a été après Mœbius, un des premiers *thyroïdiens* dans la question qui nous occupe. Puis, il résume ses recherches sur les lésions du corps thyroïde, dans la maladie de Basedow, et dont la caractéristique réside dans l'annulation de tout le système des lymphatiques intralobulaires qui entraînent le débit de la sécrétion thyroïdienne par la voie veineuse directe. L'orateur conclut ainsi :

En réalité, j'estime qu'on ne peut pas plus proposer une théorie purement « bulbaire » ou purement « thyroïdienne » de la maladie de Basedow qu'on ne peut établir une théorie purement « nerveuse » ou purement « hépatique » du diabète. L'origine nerveuse de certains diabètes est aujourd'hui hors de discussion, tout comme l'origine dyscrasique de certains autres. Mais pour créer le diabète il faut que le signal de l'hyperfonction hépatique ait été donné par le système nerveux central, lequel peut seul suractionner la glande.

Il en va, je pense, de même pour la maladie de Basedow. Un *primum movens* à déterminer, peut-être variable, — il pourrait être microbien, résulter d'une auto-intoxication, d'une extension de lésions neuraxiales préalables, ou se réduire à une action de choc — met la glande thyroïde en hyperactivité par l'intermédiaire du système nerveux. L'hyperthyroïdation commence, lentement, sourdement d'abord. Il y aura dès lors trop de thyroprotéide à détruire le long des voies lymphatiques; alors apparaîtront aussi ces troubles fonctionnels précurseurs : émotivité, anxiété des choses ambiantes, tremblements légers, éclat du regard, relevés dans l'hyperthyroïdation expérimentale et qu'on ne manque guère de constater aussi au début d'une maladie de Basedow bien observée. C'est la période inaugurale et celle aussi de la fièvre inaugurale à laquelle j'ai déjà fait allusion, la période fonctionnelle que nous autres, localisateurs excessifs de par l'anatomie pathologique qui nous subjugue, nous rayons vraiment beaucoup trop souvent du cadre! C'est la période sans lésion, celle précisément où cette lésion se crée, de par les réactions suscitées à l'encontre de l'aberration fonctionnelle par les tissus qu'elle sollicite vicieusement.

Et la lésion, je suis convaincu que c'est l'hyperthyroïdation qui la crée. Celle-ci introduit dans la glande le mouvement subinflammatoire, la thyroïdite avec retour à l'état fœtal des éléments sécréteurs, puis l'effacement des lymphatiques intralobulaires commandé par la sclérose péri-acineuse elle-même. Une fois que les voies normales d'excrétion de la thyrocolloïne auront définitivement disparu du centre de chaque lobule, la phase d'intoxication et véritablement thyroïdienne de la maladie de Basedow devra fatalement s'ouvrir. Un produit de sécrétion anormal, fœtal, dont la toxicité spéciale doit dès maintenant préoccuper les expérimentateurs, va désormais entrer en scène. Ceci est un fait, d'ailleurs, et non pas une hypothèse. La thyromucoïne n'est pas la thyrocolloïne normale; c'est tout au plus une thyrocolloïne imparfaite, ou plutôt c'est celle qui servait à l'organisme, alors que tout, dans le tissu conjonctif, était à détruire, à transformer à coups d'actions leucocytaires mécaniques, phagocytaires ou sécrétoires. C'est un tel produit qui va se résorber directement par les veines, tomber dans le sang et y agir à la façon d'une substance très active, étrangère au mouvement nutritif actuel, inutilisable dans un organisme d'adulte. Je suppose qu'il va, comme l'universalité des poisons, agir tout d'abord sur le système nerveux. Je lui impute aussi la fièvre du goître exophtalmique. Je crois même que c'est ce produit qui suscitera le syndrôme basedowien : là est la seule hypothèse que je forme, en spécifiant que je ne lui accorde qu'une valeur directrice de recherches expérimentales futures. Je ne tiens pas d'ailleurs ici, je ne tiens jamais à une hypothèse; quant aux faits, c'est tout autre chose! Je dis que dans le goître exophtalmique légitime et confirmé, il y a une lésion thyroïdienne; c'est ce que j'affirmais déjà il y a plus de neuf ans. J'ajoute maintenant que cette lésion consiste, non pas seulement dans la thyroïdite interstitielle formative et dans l'annulation centro-lobulaire des vaisseaux lymphatiques, véritables canaux excréteurs fonctionnels de la glande, mais encore et surtout dans la substitution, comme élément de sécrétion interne directe, de la thyromucoïne à la thyrocolloïne, d'une thyroïdine fœtale à la thyroïdine adulte, relativement inoffensive.

Réservant ma conviction en ce qui concerne le *primum movens* de la maladie de Basedow, je suis d'avis que la cause morbigène qui l'engendre suscite plus ou moins rapidement dans le corps thyroïde une déviation fonctionnelle; je suis convaincu que celle-ci crée la lésion spéciale de la thyroïde, telle que je viens de la décrire. Du chef de cette lésion, l'organisme est voué pour un temps plus ou moins long à un régime d'intoxication, auquel fait suite celui de tolérance ou bien la mort. Voilà dans quels termes je suis et reste « thyroïdien ». La lésion de la thyroïde me paraît aussi bien liée à la maladie de Basedow que l'hypersécrétion du glycogène par le foie reste liée au diabète, encore bien que l'origine bulbaire et nerveuse de celui-ci fasse de moins en moins doute pour personne.

D'autre part, **M. Gley** (de Paris) rappelle qu'il a prouvé que la glande thyroïde avait une fonction antitoxique, qu'elle sécrétait une substance capable de neutraliser certaines substances toxiques produites dans l'organisme. Mais la nature de ces substances toxiques nous échappe comme le mécanisme de l'action par laquelle la glande thyroïde les détruit. Tout ce que nous pouvons, enfin, affirmer dans l'état actuel de nos connaissances, c'est qu'il existe une relation, et sans doute une relation de cause à effet entre la maladie de Basedow et les altérations de la glande thyroïde. Mais M. Gley rejette la théorie de l'hyperthyroïdisation ou hypersécrétion de la glande thyroïde à laquelle Mœbius attribue la maladie de Basedow.

Enfin, **MM. Ballet** et **Enriquez** (de Paris) se déclarent, au contraire, partisans convaincus de l'hyperthyroïdisation, qu'ils ont essayé de réaliser expérimentalement par la greffe, l'ingestion et les injections d'extrait thyroïdien (Voir *Gazette Médicale* du 24 novembre et du 22 décembre 1894). Partant de là, ces auteurs pensent que dans l'hyperthyroïdisation il y a excès de sécrétion thyroïdienne neutralisante sans qu'il y ait assez de substance toxique à neutraliser. Dans cet ordre d'idées, ils ont essayé de combler cette insuffisance de substance toxique à neutraliser, en injectant, chez les basedowiens, du sérum de chiens éthyroïdés. Les résultats déjà obtenus les autorisent à poursuivre ces recherches.

Au total, que faut-il conclure de cette discussion ?

D'après M. Jouffroy, il résulte de cette discussion que si on ne peut encore préciser le rôle que joue le corps thyroïde dans la pathogénie de la maladie de Basedow, il semble bien, du moins, qu'il intervient comme un facteur important. Si la théorie de l'hypothyroïdisation n'a pas beaucoup bénéficié de cette discussion, en revanche, la théorie de l'hyperthyroïdisation, qui paraissait plus en faveur, a été battue en brèche par des arguments d'une

grande valeur. La notion qui semble découler de cette discussion, c'est qu'il y a dans la maladie de Basedow un mauvais fonctionnement du corps thyroïde, une sécrétion viciée, pathologique, anormale, probablement toxique.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 6 août.

Un cas de grossesse extra-utérine.

M. Pinard. — Une femme de 36 ans avait les premiers symptômes d'une grossesse au mois d'août de l'année dernière ; au mois de novembre suivant, quelques douleurs, assez fortes pour obliger la malade à rester au lit, survinrent pendant la miction et défécation. M. Berger, que cette malade consulta, reconnut bien vite qu'on se trouvait en présence d'une grossesse extra-utérine de six mois environ.

Jusqu'à la fin d'avril 1895, il n'y eut aucun incident. C'est un mois plus tard que je pratiquai une laparotomie qui me fit voir un kyste fœtal à parois minces et bien vascularisées. Le kyste incisé, je pus extraire un enfant vivant ; puis, je suturai les parois du kyste aux lèvres de la plaie abdominale ; la suture comprenait aussi les bords du placenta. La cavité fut remplie de gaze antiseptique.

Au bout de vingt-six jours commença l'élimination du placenta. Dix-sept jours plus tard, la malade était tout à fait guérie. L'enfant se porte très bien.

Deux points importants doivent être signalés dans cette observation : il y a un avantage incontestable à ne pas extirper le placenta et le sac, mais à laisser l'élimination se faire spontanément. Le procédé est peut-être moins chirurgical, mais plus prudent. D'autre part, vous voyez que l'enfant que je vous présente n'a aucune déformation crânienne. Il présentait cependant une asymétrie crânienne manifeste. C'est un fait souvent noté dans les grossesses ectopiques. D'ailleurs, comme c'est le cas ici, ces déformations sont presque toujours passagères et ne persistent pas plus tard.

Un cas de gastro-entérostomie.

M. Debove rapporte l'observation d'un homme âgé de trente-sept ans, souffrant d'une dilatation chronique de l'estomac consécutive à un rétrécissement pylorique. On crut que ce rétrécissement reconnaissait pour cause la cicatrice d'un ancien ulcère rond, à cause de la longue évolution de l'affection, à cause des douleurs vives que le malade ressentait dans le temps.

M. Terrier pratiqua la gastro-entérostomie. On vit de suite qu'il s'agissait en réalité d'un carcinôme du pylore. L'opération réussit parfaitement et fut suivie d'un succès complet. Trois mois plus tard, le malade avait augmenté de plus de dix-sept kilogrammes.

Cette observation mérite surtout d'être citée, parce qu'elle a permis de voir comment se faisait le travail chimique d'un estomac ayant subi la gastro-entérostomie. En effet, on a retiré du suc gastrique par la sonde pour le soumettre à l'analyse. Il ne contenait pas d'acide chlorhydrique, mais on y trouvait de la pepsine et des peptones, en même temps que de la bile et du suc pancréatique. Il y avait donc reflux dans l'estomac du contenu intestinal.

Ce sont là des conditions défectueuses en apparence, occasionnant un trouble profond dans les fonctions mécaniques et chimiques de l'estomac. Il n'en est pas moins vrai que le malade a retiré un grand profit de l'intervention.

D'une indication spéciale de l'hystérectomie abdominale totale.

M. Guermonprez (de Lille) rapporte l'observation d'une femme âgée de trente-quatre ans, enceinte, et dont l'utérus contenait de nombreux fibrômes sous-péritonéaux et intrapariétaux. On trouvait surtout une tumeur de très fort volume à la face postérieure de l'utérus ; elle obstruait presque en entier la cavité du petit bassin. L'orateur fut forcé, au moment de l'accouchement, de faire l'opération césarienne. Puis l'utérus vidé de son contenu, il fit l'hystérectomie abdominale totale ; mais celle-ci présenta de nombreuses difficultés, car il y eut de fortes hémorrhagies. Les tumeurs fibreuses postérieures étaient, en effet, aussi adhérentes que vasculaires.

L'orateur conclut de ce fait que l'hystérectomie abdominale totale peut remplacer, avec avantage, l'opération de Porro dans certains cas. La technique opératoire de l'hystérectomie est la même que dans les conditions habituelles. Cependant des hémorrhagies plus abondantes peuvent se produire à cause de la vascularisation extrême de l'utérus et de ses annexes pendant la grossesse.

D'ailleurs, l'opérée de M. Guermonprez a rapidement guéri, et l'enfant se porte tout à fait bien.

M. Laborde lit, au nom de MM. Braquehaye et Chipault, une note relative au mécanisme des fractures indirectes de la base du crâne. J. P.

LES LIVRES

Société d'Editions scientifiques, place de l'Ecole-de-Médecine 4, rue Antoine-Dubois, Paris.

Memento-formulaire de poche de posologie et thérapeutique infantiles, par le Dr H. Dauchez, ancien chef de clinique adjoint de la Faculté, ancien interne de l'hôpital des Enfants-Malades, ancien président de la Société médicale du VIe arrondissement, lauréat de l'Académie (hygiène de l'enfance). Préface de M. le Dr Ferrand, médecin de l'Hôtel-Dieu. In-16 jésus de 96 pages. Prix : 2 fr. 50 broché et 3 fr. 50 relié peau souple.

La première qualité que doive posséder un formulaire de thérapeutique, surtout un formulaire de thérapeutique infantile, est d'être clair, précis, concis et facile à consulter.

Or, ces qualités ont été plus particulièrement visées par M. le Dr Dauchez dans son *Memento-formulaire de poche* où sont condensés par *ordre alphabétique* les médicaments usuels et les méthodes par lesquelles l'enfant « subit » sans le vouloir l'influence thérapeutique (frictions, fumigations, bains, injections hypodermiques).

Pendant quatre années passées à l'hôpital des Enfants comme chef de clinique de M. le professeur Grancher, comme interne de M. le Dr Labric et du regretté Dr Archambault, l'auteur a pu faire un choix de formules simples et faciles à retenir. Chaque substance s'y trouve placée par ordre alphabétique. *Une seule* formule s'y trouve adjointe pour ne point laisser d'incertitude au médecin chez qui l'embarras du choix n'est pas la moindre des difficultés.

Enfin l'action et l'indication thérapeutiques ont été soigneusement notées en regard de chacun des médicaments simples ou composés. Une mention désigne ceux dont l'emploi pourrait présenter quelque péril.

Ces derniers (hâtons-nous de le dire) sont peu nombreux, car le Dr Dauchez a généralement tenu rigueur aux substances capables d'entraîner des accidents ; s'il a fait exception pour quelques-unes dont l'administration est parfois nécessaire, il les a soigneusement signalées à la prudente attention de ses lecteurs.

Quant aux médicaments inutiles qui encombrent les formulaires, M. Dauchez les a éliminés impitoyablement.

Pour rester *pratique et avant tout pratique*, l'auteur a condensé dans son travail les conseils et les enseignements inédits de son maître, M. le Dr Labric, bien connu des fervents de la médecine infantile et qui pourtant, durant vingt-cinq ans, n'a fourni qu'un enseignement purement oral à de nombreuses générations d'élèves.

Disons en terminant que, par son *format de poche*, ce travail rendra à tous les praticiens craintifs, ou peu familiarisés avec les doses thérapeutiques à prescrire aux enfants, un réel service.

Le lecteur trouvera, en outre, à la fin du memento-formulaire, un chapitre relatif aux *empoisonnements* et aux *contrepoisons* suivi d'un tableau synthétique indiquant les doses maxima des substances les plus dangereuses de 1 à 5 ans — de 5 à 10 ans — de 10 à 15 ans.

Division du formulaire :

Chapitre I. — Introduction. — Dosage. — Mnémotchnique. — Véhicules. — Modes d'administration. — Fumigations. — Inhalations. — Frictions. — Conseils pratiques.

Chapitre II. — Cent quatre-vingt-dix formules (action thérapeutique, posologie. — Indications).

Chapitre III. — Empoisonnements et contrepoisons.

Chapitre IV. — Tableau synthétique des substances dangereuses. (Dose maxima).

Table des matières par ordre alphabétique des maladies avec renvois aux formules.

NOUVELLES ET FAITS [...]

[...] De l'action des hautes altitudes sur l'organisme. — *Amérique* : Comment prévenir la soif après la laparotomie? — *Angleterre* : De l'acné. — *Italie* : Kyste hydatique suppuré du foie. — Sociétés savantes : *Congrès de médecine interne de Bordeaux* : Myélites infectieuses. — *Société des sciences médicales de Lyon* (séance de mai 1895; présidence de M. Henry Coutagne) : Notes d'anatomie. — Athérôme trop marqué des artères coronaires sans angine de poitrine. — Traumatisme cérébral, strabisme et atrophie du nerf optique. — *Société nationale de médecine de Lyon* (séance du 22 juillet 1895; présidence de M. A. Dron) : Péritonite diffuse appendiculaire; guérison. — Les Livres. — Nouvelles et Faits divers. — Notes pour l'Internat : Des voies biliaires.

TRAVAUX ORIGINAUX

Fistules uréthrales non urinaires (1).

Par E. Reliquet et A. Guépin.

I

Nous avons déjà insisté à plusieurs reprises sur les inconvénients que peut présenter l'ouverture inopportune d'une collection périnéale prise à tort pour un abcès urineux en voie de formation. En effet, s'il s'agit d'un abcès glandulaire, il persiste consécutivement à l'incision un trajet fistuleux urinaire ou non, communiquant avec l'urèthre et très difficile à guérir; tandis que parfois, si l'on arrive à temps, il est possible de provoquer la décongestion de la glande malade, de faciliter l'évacuation des sécrétions et du pus en rétention; alors la guérison survient en quelques jours sans suites fâcheuses imputables au traitement.

Livrée à elle-même, dans un certain nombre de cas, la cowpérite aiguë aboutit à l'ulcération de la peau et s'ouvre au périnée ou dans le rectum, mais la cause habituelle des fistules périnéales de la glande, c'est l'incision, parfois justifiée, parfois hâtive, des tissus tuméfiés du périnée.

L'ouverture spontanée siège ordinairement au périnée dans la région de la peau qui répond à la glande et du côté correspondant à celle-ci, bien que très près de la ligne médiane. Il est rare qu'elle se fasse beaucoup plus en avant après avoir décollé les tissus ou en arrière du côté du rectum; il est toutefois des exemples de ce fait.....

(1) *Les glandes de l'urèthre*, par E. Reliquet et A. Guépin; tome II (sous presse). Battaille, éditeur.

didat peut se présenter au secrétariat général de l'Administration pour connaître la composition du jury.

Si des concurrents ont à proposer des récusations, ils forment immédiatement une demande motivée, par écrit et cachetée, qu'ils remettent au directeur de l'Administration. Si, cinq jours après le délai ci-dessus fixé, aucune demande n'a été déposée, le jury est définitivement constitué, et il ne peut plus être reçu de réclamations.

Le jury des concours pour les places d'aide d'anatomie à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux se compose de cinq membres, dont : le directeur des travaux scientifiques de l'amphithéâtre d'anatomie, un professeur de la Faculté de médecine désigné par elle, deux chirurgiens et un médecin, qui seront pris parmi les chirurgiens et les médecins chefs de service des hôpitaux et hospices, en exercice ou honoraires, et parmi les chirurgiens et les médecins des hôpitaux.

Les épreuves du concours sont au nombre de trois, savoir :

1° Une épreuve écrite sur un sujet d'anatomie générale et de physiologie. Pour cette épreuve, deux heures sont accordées aux candidats;

2° Une épreuve orale sur l'anatomie descriptive. Dix minutes de réflexion sont accordées aux candidats et dix minutes pour traiter la question tirée au sort;

3° Une épreuve pratique de dissection, avec démonstration par le candidat. Il est accordé trois heures aux candidats pour la préparation anatomique, et cinq minutes pour en faire la description.

L'objet de la préparation est désigné par la voie du sort entre trois questions posées par le jury avant d'entrer en séance.

Le maximum des points à attribuer pour chacune de ces épreuves est fixé ainsi qu'il suit :

Pour la composition écrite, 30 points; pour l'épreuve orale, 20 points; pour l'épreuve de dissection, 20 points.

Concours de la médaille d'or (chirurgie et accouchement).

L'ouverture de ce concours aura lieu le jeudi 12 décembre 1895 à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu.

Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'administration tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, du 1er au 15 octobre inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé au secrétariat général avant le 15 octobre, dernier délai.

Concours de la médaille d'or (médecine).

L'ouverture de ce concours aura lieu le lundi 9 décembre 1895, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu.

Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'administration tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, du 1er au 15 octobre inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé au secrétariat général avant le 15 octobre, dernier délai.

Assistants de consultation à l'hôpital Saint-Louis.

Un arrêté du directeur de l'Assistance publique, du 31 mai 1895, approuvé le 21 juin suivant par M. le préfet de la Seine, dispose que la consultation de médecine de l'hôpital Saint-Louis continuera à être faite par les médecins attachés à cet établissement.

Toutefois, cette consultation sera dédoublée : une première consultation aura lieu dans la matinée, une deuxième dans l'après-midi et, par suite, les médecins de l'hôpital Saint-Louis auront à faire deux consultations par semaine.

Afin d'aider et de suppléer, au besoin, les médecins de l'hôpital Saint-Louis, deux assistants seront adjoints au service de la consultation.

Ces deux assistants seront, comme les assistants de con[...]tion attachés aux hôpitaux généraux, choisis parmi les d[...]re, en médecine ayant fait quatre années d'internat dans les [...] de Paris et nommés comme eux par le directeur de l[...] publique, sur la proposition de la Commission spé[...] par le § 9 du nouvel article 14 du règlement sur [...] santé et qui doit être composé : du représentant des [...] hôpitaux au conseil de surveillance, président; du pr[...]

[...] vier [...]4, jan-

Société médicale des hôpitaux et du président de la Société des médecins des hôpitaux (anciennement du Bureau central).

Cette commission établira, toutefois, ses propositions d'après une liste de présentation dressée par les médecins de l'hôpital Saint-Louis et comprenant trois noms pour chacune des deux places dont il s'agit. La Commission dressera ensuite la liste réglementaire de deux candidats, spécifiée par le règlement.

MM. les médecins de l'hôpital Saint-Louis se réuniront très prochainement pour établir leurs listes de présentation.

MM. les docteurs en médecine réunissant les conditions susénoncées, qui désireraient poser leur candidature en vue des places d'assistant de consultation à l'hôpital Saint-Louis, sont invités à faire leur demande dans le plus bref délai possible, en l'appuyant des titres qu'ils pourraient avoir à produire.

Ces demandes devront être adressées à M. le directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique.

Une indemnité, calculée à raison de 5 fr. par séance, sera attribuée à chacun des deux assistants de consultation de l'hôpital Saint-Louis.

NOUVELLES

Enseignement médical libre.

Technique microscopique. — M. le Dr Latteux, ancien chef du laboire de la Charité, a recommencé les cours suivants, dans son laboratoire, rue du Pont-de-Lodi, n° 5. Le 22 juillet, Technique microscopique, avec manipulations pratiques, et exercices de diagnostic d'anatomie pathologique, de 4 à 6 heures. Le 25 juillet, Technique bactériologique et manipulations pratiques de 2 à 4 heures. Ces deux cours sont destinés à mettre les élèves en mesure d'exécuter les recherches exigées journellement par la professior médicale. Pour cela, ils sont exercés individuellement et répétent eux-mêmes toutes les expériences. Les microscopes et autres instruments sont à leur disposition. — On s'inscrit de 1 à 2 heures, rue Marsollier, 9 (quartier de l'Opéra).

Mort par l'electricité.

M. d'Arsonval signale un nouvel exemple de foudroiement d'un homme par des courants alternatifs avec retour à la vie. Il s'agit d'un électricien de Rochester qui reçut accidentellement une décharge électrique de 2,000 à 3,000 volts, c'est-à-dire trois fois plus forte que la décharge jugée nécessaire et employée d'ordinaire en Amérique pour l'électrocution des condamnés à mort. Pendant près d'une heure, le malheureux présenta toutes les apparences de la mort. Sa jambe et son bras droits étaient fortement brûlés. Quoi qu'il en soit, grâce aux soins énergiques et intelligents qui lui furent donnés, il put être rappelé à la vie. Sa guérison est aujourd'hui assurée. Cette constatation tend à donner raison à ceux qui prétendaient qu'en Amérique les condamnés étaient autopsiés ou plutôt « nécropsiés vivants ».

Hygiène publique.

La ville de Montpellier est, croyons-nous, la première en France qui ait réglementé le mode de pliage que les marchands doivent employer pour les denrées alimentaires. Un arrêté municipal, exécutoire depuis quelques mois, interdit l'emploi de tous les papiers de couleur, il ne tolère l'usage des papiers imprimés ou manuscrits non maculés que pour le pliage des légumes secs, racines ou tubercules; toutes les autres matières alimentaires ne peuvent être enveloppées que dans des papiers de pliage *neufs*, soit blancs, soit paille. (*Journal de Médecine de Bordeaux.*)

Fécondité de la race canadienne ; prime à la fécondité.

La province de Québec n'est pas près de se dépeupler et Malnathus n'y trouverait pas grand accueil.
miqu ne loi récente du Conseil provincial a édicté que cent acres de
retiré unappartenant au gouvernement seraient alloués à chaque
qui compterait douze enfants vivants issus d'un mariage
D'une ind A ce jour, cent soixante-quatorze mille deux cents acres
été distribués à mille sept cent quarante-deux chefs
nt plus de douze enfants et remplissant les condi-
M. Guermon t tout le monde n'est pas encore satisfait !
femme âgée des de vingt et plus d'enfants ne sont pas rares et
tenait de nombéclament une récompense à leurs patriotiques efforts.

Un monsieur Paul Bellanger, de la rivière du Loup, ne demande pas moins de trois cents acres ; il base sa réclamation sur ce fait qu'il a trente-six enfants vivants. M. Théoret, de Sainte-Geneviève, n'accuse que dix-sept enfants, mais son épouse n'a que trente ans; elle compte à son actif deux triples naissances en cinq ans et deux doubles pendant le même temps. Que ne continue-t-elle dans ces proportions ? Elle posséderait bientôt à elle seule toute la province de Québec ! (*Bulletin médical.*)

Nécrologie.

MM. les docteurs G. Bernard et Vialet, de Paris. — M. le docteur Laffont, de Sainte-Hélène. — M. le docteur Ch. Gros, de Boulogne-sur-Mer. — M. le docteur Comte, de Marguerittes. — M. le docteur J. Ferreira de Macedo Pinto, professeur honoraire de médecine légale et d'hygiène à la Faculté de médecine de Coïmbre. — M. le docteur A. Nagel, professeur d'ophtalmologie à la Faculté de médecine de Tubingue. — M. le docteur Carl Bettelheim, privatdocent de médecine interne à la Faculté de médecine de Vienne. — M. le docteur C. Schimmelsbusch, privatdocent de chirurgie à la Faculté de médecine de Berlin. — M. le docteur E.-R. Palmer, professeur de physiologie à l'Ecole de médecine de l'Université de Louisville.

LES LIVRES

Société d'Editions scientifiques, place de l'Ecole-de-Médecine 4, rue Antoine-Dubois, Paris.

Memento-formulaire de poche de posologie et thérapeutique infantiles, par le Dr H. Dauchez, ancien chef de clinique adjoint de la Faculté, ancien interne de l'hôpital des Enfants-Malades, ancien président de la Société médicale du VIe arrondissement, lauréat de l'Académie (hygiène de l'enfance). Préface de M. le Dr Ferrand, médecin de l'Hôtel-Dieu. In-16 jésus de 96 pages. Prix : 2 fr. 50 broché et 3 fr. 50 relié peau souple.

La première qualité que doive posséder un formulaire de thérapeutique, surtout un formulaire de thérapeutique infantile, est d'être clair, précis, concis et facile à consulter.

Or, ces qualités ont été plus particulièrement visées par M. le Dr Dauchez dans son *Memento-formulaire de poche* où sont condensés par *ordre alphabétique* les médicaments usuels et les méthodes par lesquelles l'enfant « subit » sans le vouloir l'influence thérapeutique (frictions, fumigations, bains, injections hypodermiques).

Pendant quatre années passées à l'hôpital des Enfants comme chef de clinique de M. le professeur Grancher, comme interne de M. le Dr Labric et du regretté Dr Archambault, l'auteur a pu faire un choix de formules simples et faciles à retenir. Chaque substance s'y trouve placée par ordre alphabétique. *Une seule* formule s'y trouve adjointe pour ne point laisser d'incertitude au médecin chez qui l'embarras du choix n'est pas la moindre des difficultés.

Enfin l'action et l'indication thérapeutiques ont été soigneusement notées en regard de chacun des médicaments simples ou composés. Une mention désigne ceux dont l'emploi pourrait présenter quelque péril.

Ces derniers (hâtons-nous de le dire) sont peu nombreux, car le Dr Dauchez a généralement tenu rigueur aux substances capables d'entraîner des accidents ; s'il a fait exception pour quelques-unes dont l'administration est parfois nécessaire, il les a soigneusement signalées à la prudente attention de ses lecteurs.

Quant aux médicaments inutiles qui encombrent les formulaires, M. Dauchez les a éliminés impitoyablement.

Pour rester *pratique et avant tout pratique*, l'auteur a condensé dans son travail les conseils et les enseignements inédits de son maître, M. le Dr Labric, bien connu des fervents de la médecine infantile et qui pourtant, durant vingt-cinq ans, n'a fourni qu'un enseignement purement oral à de nombreuses générations d'élèves.

66e Année. 9e Série. Tome II — N° 33 — 17 Aout 1895

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : Dr F. de RANSE — *Rédacteur en chef :* Dr Pierre SEBILEAU

Secrétaire de la Rédaction : M. Em. EMERY

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 28, rue Vignon

TRAVAUX ORIGINAUX

Fistules uréthrales non urinaires (1).

Par E. Reliquet et A. Guépin.

I

Nous avons déjà insisté à plusieurs reprises sur les inconvénients que peut présenter l'ouverture inopportune d'une collection périnéale prise à tort pour un abcès urineux en voie de formation. En effet, s'il s'agit d'un abcès glandulaire, il persiste consécutivement à l'incision un trajet fistuleux urinaire ou non, communiquant avec l'urèthre et très difficile à guérir; tandis que parfois, si l'on arrive à temps, il est possible de provoquer la décongestion de la glande malade, de faciliter l'évacuation des sécrétions et du pus en rétention; alors la guérison survient en quelques jours sans suites fâcheuses imputables au traitement.

Livrée à elle-même, dans un certain nombre de cas, la cowpérite aiguë aboutit à l'ulcération de la peau et s'ouvre au périnée ou dans le rectum, mais la cause habituelle des fistules périnéales de la glande, c'est l'incision, parfois justifiée, parfois hâtive, des tissus tuméfiés du périnée.

L'ouverture spontanée siège ordinairement au périnée dans la région de la peau qui répond à la glande et du côté correspondant à celle-ci, bien que très près de la ligne médiane. Il est rare qu'elle se fasse beaucoup plus en avant après avoir décollé les tissus ou en arrière du côté du rectum; il est toutefois des exemples de ce fait.....

Pendant quelques jours, après l'ouverture spontanée ou chirurgicale du phlegmon dont le point de départ a été dans la glande, il s'écoule un peu d'urine par le périnée. Cet écoulement d'urine, même passager, peut faire absolument défaut. La cicatrisation s'effectue complète et durable dans la majorité des cas; mais souvent, après quelques jours, quelques semaines, le périnée redevient douloureux et tendu dans un point où un nouveau petit abcès se forme, qui s'ouvre à l'extérieur. Celui-ci peut encore guérir; mais il est suivi d'une nouvelle poussée inflammatoire aboutissant encore à l'ulcération.

La fistule est intermittente; elle devient permanente et on sait combien difficile à guérir.

On reconnaît ces fistules et on les différencie des fistules urinaires résultant d'une perte de substance uréthrale, en particulier par les signes suivants : elles ne laissent point écouler d'urine, bien qu'elles communiquent avec l'urèthre; elles siègent dans une région périnéale limitée qui correspond à la glande malade; elles conduisent directement sur le corps glandulaire, sans décollements, sans clapiers, sans orifices multiples, — en général, tout au moins. La différence est déjà très manifeste avec les fistules urinaires du périnée. De plus, les indurations périphériques de la fistule sont peu étendues et le périnée ne se déforme point comme il se déforme dans le cas de fistules urinaires ayant persisté un certain temps.

En un mot, les fistules de la glande de Cowper, après les cowpérites simples tout au moins, sont des fistules *uréthrales non urinaires*.

II

Il existe des trajets fistuleux consécutifs à des abcès périphériques à l'urèthre, qui permettent au liquide injecté par l'orifice cutané de pénétrer dans l'urèthre, et cela sans que où l'urine passe de l'urèthre vers la peau. Il y a bien des cas l'urine passe à certains moments par la plaie; mais même dans ces cas les caractères de la fistule et la nature de ses tissus périphériques ne ressemblent en rien à ce qui existe toujours lorsqu'il y a de vraies fistules urinaires. Enfin, le fait que l'injection passe facilement de la peau à l'urètre, en permettant des lavages fréquents du trajet et des cavités de la fistule, est une des conditions les plus favorables à la guérison (1).

Ces fistules sont toujours consécutives à un abcès déve-

(1) *Les glandes de l'urèthre*, par E. Reliquet et A. Guépin; tome II (sous presse). Battaille, éditeur.

(1) Reliquet : *Gazette des Hôpitaux*, novembre et décembre 1884, janvier 1885.

loppé dans une glande périphérique de l'urètbre ; dans la très grande majorité des cas, il s'agit d'une cowpérite suppurée. Mais, ainsi que nous l'avons vu, elles peuvent tenir à une glande urètbrale, située en avant des bourses.

Dans l'observation que nous venons de rapporter, il faut retenir plusieurs points, déjà d'ailleurs rapidement indiqués et qui se retrouveront dans d'autres. Si l'urine a passé par le trajet fistuleux, cet état de choses n'a du moins pas persisté. Enfin et surtout, les parois du trajet fistuleux n'étaient point indurées, les abcès qui se sont succédé se sont toujours ouverts au niveau de la cicatrice primitive, autant de différences avec les fistules urinaires du périnée.

Dans le fait suivant, où l'évolution de la cowpérite gauche a pu être suivie, l'urine n'a jamais passé par la plaie.

L'abcès de récidive était exactement à la même place que le premier, et les tissus périphériques ont toujours conservé leur souplesse normale.

Le fait d'une injection, qui, poussée dans un orifice cutané du périnée, passe dans l'urèthre et sort par le méat, ne permet pas de conclure à l'existence d'une fistule urinaire. En effet, quand il s'agit d'une fistule de la glande de Méry, malgré la possibilité pour son canal excréteur de laisser passer des matières épaisses semi-liquides, on comprend cependant que les produits de la glande enflammée deviennent trop épais pour sortir facilement, qu'ils s'y accumulent, provoquent la dilatation du canal de l'orifice uréthral et de la glande, en même temps qu'ils déterminent l'inflammation du tissu cellulaire périphérique, et par suite de que nous connaissons sous le nom de phlegmon de la glande de Copwer. La dilatation du canal excréteur par les produits de la glande enflammée explique pourquoi, aussitôt après l'ouverture de l'abcès, tous les liquides contenus dans la glande étant évacués, il peut se faire que l'urine passe par la plaie, ainsi que l'ont observé Gubler et Mauriac (1). Mais la surdistension du canal excréteur n'ayant pas fait perdre à ses parois leur rétractilité et leur contractilité propres, il en résulte que le calibre normal de ce canal se rétablit vite, que sa fonction redevient complète; alors l'urine ne passe plus par le trajet de la plaie. C'est, en effet, ce qui arrive dans la très grande majorité des cas quand on ouvre un phlegmon de la glande de Cowper. Cependant, ainsi que nous allons bientôt en donner une observation, il peut arriver que l'urine continue à sortir par le trajet. M. Gosselin en a observé aussi un cas.

Presque toujours après l'ouverture du phlegmon de la glande, très peu de temps après, l'urine ne passe plus par la plaie, si elle a passé, et la cicatrisation complète du phlegmon se fait sans difficulté. Il est évident que le produit de sécrétion reprend son cours normal par le canal excréteur.

Mais il peut arriver que la cicatrisation ne se fasse pas; des faits de non-guérison sont signalés par M. Desprès, dans ses leçons (*France médicale*), et dans la thèse de Coulliard, 1876. M. Desprès conclut en disant que le pronostic est peu grave, ces fistules de la glande de Cowper étant parfaitement compatibles avec l'état de santé, et qu'elles sont à peu près incurables.

M. Gruget, dans sa thèse, après avoir parlé de tous les moyens de traitement en usage, même de l'extirpation de la glande, proposée par Swediaur, moyen le plus rationnel, l'incurabilité par les autres moyens étant admise, dit fort justement, page 29 : « Pour mettre un terme à cet état de choses, il faudrait rendre au mucus sa direction première». C'est le résultat que nous avons obtenu par les injections faites dans la cavité de la fistule. C'est évidemment grâce au passage de l'injection dans l'urèthre, aux lavages fréquents du conduit excréteur par l'eau phéniquée ou l'eau boriquée qui entraînaient toutes les matières pouvant oblitérer et suspendre la communication de la glande à l'urèthre, que le malade a dû la guérison. Mais, tout en satisfaisant à cette première indication, il ne faut pas oublier que cette petite glande, grosse au plus comme un pois, point de départ de ce phlegmon, se trouve sur le côté du bulbe, au sommet ou un peu plus au centre d'une cavité qui suppure. Il faut que le retrait de cette poche sur la glande soit complet, qu'il ne reste pas d'espace capable de suppurer entre la glande et les tissus qui l'entourent, pour qu'il n'y ait pas de récidive.

Il faut que le retrait des tissus sur la glande, redevenue saine, soit complet, et ce n'est pas le résultat le plus facile à obtenir. Si on laisse le trajet se cicatriser avant que ce retrait des tissus sur la glande soit absolu, s'il reste le plus petit point à la surface de la glande capable de donner un peu de pus, c'est une récidive certaine, et dans un temps court. De là les soins par lesquels nous cherchons à maintenir constamment la disposition en infundibulum du trajet fistuleux, son sommet étant à la glande. De là les pansements avec la mèche de charpie remplissant le trajet, et mieux avec le tube à drainage, et enfin avec une petite canule d'argent (à ouvertures latérales de drain) pour satisfaire à la dernière période, lorsque le trajet fistuleux de la glande à la peau est devenu très étroit. Par cette canule on continue jusqu'au dernier moment à faire les injections, pour maintenir la perméabilité du canal excréteur. On ne retire cette canule que lorsque les tissus des parois du trajet fistuleux sont tout à fait normaux sans induration, lorsque la masse glandulaire est à peine perceptible au palper, lorsqu'il ne sort plus de muco-pus par la canule, et enfin lorsque cette petite canule est absolument serrée par toutes les parois du tissu fistuleux; alors, dans les vingt-quatre heures qui suivent, la cicatrisation est complète.

Mais pourquoi l'urine ne revient-elle pas par la plaie? Evidemment, c'est parce que le conduit excréteur de la glande a repris son calibre, si à un moment donné il a été dilaté, ou mieux parce qu'il a toujours conservé sa fonction d'empêcher le liquide contenu dans l'urèthre de refluer vers la glande (1).....

De tous les faits cités longuement dans ce chapitre, il convient surtout de retenir les conclusions suivantes; nous y insistons d'autant plus, qu'à notre connaissance aucun auteur ne s'est attaché à l'étude des fistules uréthrales non urinaires et n'a tenté de compléter ce que nous avons remarqué et traité de la question :

Ainsi, il existe des fistules uréthrales qui permettent au liquide injecté par l'orifice externe, que cet orifice externe soit à la peau (ce qui est de beaucoup le cas le plus fréquent) ou dans le rectum, de passer dans l'urèthre et de

(1) Thèse de Gruget, 1876 : *De la fistule de la glande de Cowper.*

(1) Voir tome I : *Anatomie et physiologie normales.*

sortir par le méat, et cela sans que l'urine passe de l'urètbre à l'extérieur. Il y a des fistules de l'urètbre qui ne sont pas urinaires.

Ces fistules sont toujours consécutives à l'abcès d'une des glandes péripbériques de l'urèthre placée en avant du collet du bulbe. Le plus souvent, c'est à la suite de la cowpérite suppurée. Mais elles peuvent exister en avant des bourses à la suite de l'abcès d'une glande anormalement placée au niveau des bourses ou en avant d'elles, dans les parois inférieures de l'urètbre, ainsi que nous aurons l'occasion de le rappeler.

Le trajet de ces fistules est toujours composé de deux sections: la première, allant de l'extérieur à la glande, c'est la fistule glandulaire proprement dite; la seconde, allant de la glande à l'urèthre, n'est autre que le canal excréteur de la glande.

Ce canal excréteur, en raison de sa disposition anatomique, de sa façon de traverser la paroi de l'urètbre et de s'ouvrir dans la cavité de ce canal, permet au produit de sécrétion de la glande d'arriver dans l'urèthre, mais ne permet pas au liquide contenu dans ce canal de pénétrer dans sa cavité jusqu'à la glande. C'est là un mécanisme normal qui assure l'intégrité de fonction de la glande. C'est ce même mécanisme qui, lorsque la fistule de la glande à l'extérieur existe, permet au liquide injecté par l'orifice extérieur de la fistule de pénétrer dans l'urèthre sans que le liquide contenu dans ce canal puisse revenir par la fistule.

REVUE DE GYNÉCOLOGIE

Version dans la position genupectorale.

Par le Dr Samuel Gergo

(Communication faite à la section de gynécologie et d'obstétrique de la 66e assemblée des naturalistes et médecins allemands à Vienne, 1894).

A la campagne, le médecin n'est ordinairement appelé pour une présentation transversale que lorsque la pocbe des eaux est rompue depuis longtemps et que l'orifice utérin est déjà oblitéré; un bras, l'épaule est déjà engagée, le bras procident est tuméfié: en un mot les circonstances menaçantes ont atteint le plus baut degré. Car dans la plupart des cas nous trouvons la partie fœtale procidente ou l'épaule déjà fixée. La sage-femme a manipulé le bras, l'a tiraillé, si encore, par crainte de blâme, elle ne le tait ou n'en disconvient pas, et nous devons nous estimer beureux s'il ne s'est pas encore produit de rupture utérine.

La version podalique, une des opérations les plus avantageuses et les plus ricbes en succès, est comptée, dans les cas négligés, parmi les plus graves opérations obstétricales, puisque, dans ces cas, elle ne peut être effectuée que par une intervention manuelle intérieure. Le bras procident, l'épaule fixée rendent souvent impossible le passage de la main, à cela s'ajoutent l'intensité des douleurs et la violence des contractions utérines.

Dans un cas, je fus appelé la nuit, par la neige, dans un village éloigné, près d'une pauvre patiente. Il s'agissait d'une présentation transversale, le bras était déjà presque arraché et l'épaule fixée. La sage-femme du village voisin qui avait « manipulé » la malade était partie.

J'avais donc simplement, dans une petite cbambre misérable, une vieille femme pour aide. J'essayais plusieurs fois d'introduire la main, la femme étant soit dans la position dorsale, soit dans la position latérale; le doigt, introduit dans le vagin par derrière, trouvait des conditions d'espace un peu plus favorables. Cette remarque fut pour moi décisive. Ne pouvant, sans aides, entreprendre une embryotomie, je cberchais une issue dans la position genupectorale. Combien fus-je étonné de réussir ainsi facilement. J'avoue que je ne me résolus qu'à contrecœur à cette manœuvre à laquelle les circonstances me forçaient en quelque sorte et que je fus heureux de constater qu'elle n'avait eu aucune suite fâcbeuse pour la malade.

Voici la manière d'opérer : la vessie étant vidée, la mère placée dans la position genupectorale, la main qui doit être introduite dans le vagin est enduite de graisse ou de vaseline jusqu'au-dessus du poignet.

Déjà, avant l'introduction de la main dans l'utérus, l'autre main libre, en outre de celles de la sage-femme ou de l'assistant, doit exercer une contre-pression, en dehors sur le fond de l'utérus, le poussant en bas et en arrière, afin que l'utérus ne soit pas séparé du vagin, lors d'une forte tentative d'extraction.

La main va maintenant, sans se soucier du bras procident, tâtant la partie fœtale qui se présente, jusqu'au coccyx, de là aux fesses et aux pieds. Le pied correspondant à l'épaule procidente est saisi et attiré vers le périnée dans la direction de la paroi abdominale de l'enfant : en un mot, ce glissement du pied se fait du côté de la flexion.

Il est superflu d'attacher un lac au pied : un médecin craintif peut cependant en mettre un par mesure de précaution. Ce lien sert d'appui pour que le pied ne glisse pas.

Maintenant la patiente prend sur le lit transversal la position dorsale et le fœtus est peu à peu tourné dans cette position. La version doit se faire lentement; le reste de l'opération se fait « *secundum artem* » dans la position dorsale.

A ma connaissance, jamais dans les écoles d'Autriche, la version dans la position genupectorale n'a été accomplie : on craignait que l'utérus ne fût trop éloigné du vagin et qu'il ne se produisît un arrachement. Moi-même, jusqu'ici, je n'ai opéré dans la position genupectorale que dans ces cas, où je ne pouvais réussir dans les positions dorsale ou latérale et où je me trouvais devant l'alternative d'une embryotomie. De deux maux cboisissant le moindre, l'essai de produire la version dans la position genupectorale m'a réussi jusqu'ici.

J'ai exécuté dans six cas l'opération que je viens de décrire : une de mes femmes ainsi délivrée mourut de pyohémie, mais, dans ce cas, avant l'opération, le bras procident était déjà gangrené, la température était à 40° et il faut admettre une infection antérieure certaine.

Il est surprenant comme on est frappé de voir quelles conditions favorables de place pour la version on obtient dans la position genupectorale. Le fœtus penche en avant, l'utérus est relâché. Sans narcose ni injection, la pression abdominale reprend ses fonctions. Cependant la main dans cette position n'est pas serrée et opère facilement. Celui de vous qui entreprendra une version dans la position genupectorale pourra se convaincre de la facilité de l'opération. Cependant, je ne puis trop le répéter, un assistant ou une sage-femme doit toujours se trouver là pour repousser le fond de l'utérus. En suivant strictement cette mesure de prévoyance, on ne peut obtenir que de brillants résultats et les indications de l'embryotomie et de la cépbalotomie deviennent moins nombreuses et ne sont plus nécessaires que pour les bassins rétrécis.

Essayez donc cette métbode, jusqu'ici mal décrite et

tenue en défiance sans raison. Les résultats que j'ai obtenus ont été encourageants et même surprenants. J'espère que le préjugé sur l'opération dans la position genupectorale cessera bientôt.

Traitement de la rupture complète de l'utérus.

Par M. le Dr G. Tholmogoroff (*Zeitsh. f. Geburtch. und Gyn.*)

Les mauvais résultats donnés par la méthode expectative et antiphlogistique, employée jusqu'ici pour le traitement de la rupture complète de l'utérus, firent que l'on crut obtenir de meilleurs résultats par la laparotomie avec suture de la déchirure ou par l'hystérectomie. La statistique a montré que le succès n'a pas répondu aux espérances. Si un des dangers de la rupture utérine, l'hémorrhagie, est conjuré par la laparotomie, un autre danger, l'infection, peut être évité par une toilette très soignée de la cavité péritonéale. C'est pourquoi l'auteur recommande comme répondant à toutes les exigences de la chirurgie ce procédé : suture de la déchirure, depuis le vagin, jusqu'à une ouverture assez grande pour le drainage de la cavité abdominale au moyen d'une mèche de gaze iodoformée. L'exécution de la suture pour les ruptures survenant principalement « sub partu » au-dessous de l'anneau de contractions sera toujours possible.

Sur l'extirpation du vagin.

Par M. le Dr Olshausen (*Centralb. f. Gynæk*, 5 janvier 1895).

Pour l'extirpation opératoire du cancer du vagin qui atteint la paroi postérieure du vagin, de même que pour faire éventuellement l'extirpation totale de l'utérus, Olshausen fend transversalement le périnée, sépare le rectum de la vessie jusqu'à hauteur du repli de Douglas, ouvre celuici derrière le vagin, retourne l'utérus en arrière et détache ensuite les ligaments en les tirant de haut en has; enfin, après libération de la vessie, le détachement du col utérin est terminé. Pour les vagins très étroits, une incision sagittale de la paroi vaginale postérieure jusqu'en haut du néoplasme en facilite l'excision. Ce procédé, recommandé par Olshausen pour l'extirpation des plus gros carcinômes du vagin, a cet avantage que l'on évite le contact continuel des instruments et des doigts avec la masse cancéreuse : il a été déjà proposé il y a quelques années par Zuckerkandl à la place de l'extirpation vaginale totale, qui présente le désavantage d'une hémorrhagie considérable lors de la séparation du vagin d'avec le rectum.

Comment prévenir la soif après la laparotomie ?

Tous les chirurgiens savent combien est pénible la sensation de soif éprouvée par les malades après la cœliotomie, alors qu'il est indiqué d'éviter chez eux toute ingestion de liquide.

M. le Dr W.-H. **Humiston**, lecteur de gynécologie au Medical Department of the Western University, de Cleveland, recommande à ce sujet le moyen suivant qui lui a toujours réussi. Ce moyen consiste à faire boire au malade, pendant les trois jours qui précèdent l'opération, un demilitre d'eau chaude une heure avant chaque repas et au moment du coucher.

La dernière ration doit être ingérée trois heures avant la laparotomie.

On restitue ainsi à l'organisme la perte en liquide qu'il a éprouvée sous l'influence des purgations nécessaires pour préparer le malade à l'intervention chirurgicale.

L'opéré peut donc s'abstenir facilement de boire dans le cours des trente-six heures qui suivent la cœliotomie.

En réalité, durant tout ce laps de temps, sa langue est restée humide et son rein a normalement fonctionné, puisque les malades de M. Humiston ont éliminé ainsi de 815 à 1,400 gr. d'urine en vingt-quatre heures.

A L'ÉTRANGER

ALLEMAGNE

De l'action des hautes altitudes sur l'organisme.

A l'une des dernières séances de la Société de Médecine berlinoise, **M. Lazarus** a rapporté les observations de nombreux auteurs sur ce sujet.

Tandis que Humboldt et Tschudi ont éprouvé toute une série de malaises en faisant l'ascension de hautes montagnes, les frères Schlaginsweit n'ont ressenti aucun phénomène fâcheux du fait de l'ascension des plus hautes montagnes, ni de leur séjour sur les plateaux les plus élevés.

Au cours de sa première ascension, M. Gross a constaté qu'à une hauteur de 4,000 mètres il ressentait un certain malaise avec battements de cœur; à une hauteur de 7,000 mètres, ses extrémités se cyanosèrent et il éprouva des nausées. Son compagnon, M. Berson, éprouva les mêmes effets.

Par contre, dans une seconde ascension, à une hauteur de 9,000 mètres, M. Berson ne fut nullement gêné malgré un froid de — 50° C.

MM. Fraenkel et Gebhard prétendent que le sang commence à se modifier, lorsque la pression barométrique descend jusqu'à 410 millimètres, c'est-à-dire à une hauteur qui correspond à celle du Mont-Blanc.

Aron, dernièrement, a pu constater que lorsque la pression barométrique augmentait, la pression intra-pleurale suivait une marche parallèle.

Mais ce sont les travaux de Kronecker (de Berne), sur ce sujet, qui offrent le plus grand intérêt. Cet auteur, dans de remarquables expériences, a étudié les modifications du pouls, de la température et de la respiration dans l'air raréfié ; il est arrivé à des conclusions analogues à celles que M. Lazarus a constatées sur lui-même par le même procédé.

D'après Kronecker, le mal des montagnes est le résultat d'un trouble de la circulation. Ce mal s'observe à des hauteurs variables suivant les sujets. Tout le monde l'éprouve, à partir de 3,000 mètres, sous l'influence du moindre effort. Donc les mouvements et les efforts incommodent les sujets non habitués aux conditions atmosphériques des grandes hauteurs auxquelles ils se sont élevés. Il importe de leur recommander, dès lors, de ne pas rester plus de deux ou trois heures sur la cime de la montagne.

Pour M. Lœwy (de Berlin) le mal des montagnes dépend de la raréfaction de l'oxygène dans l'organisme, mais il se manifeste à des hauteurs très variables, suivant les sujets. De Saussure, par exemple, qui fit le premier l'ascension du Mont-Blanc, éprouva des accidents que ne ressentit pas Rossignol en faisant, en Amérique, une ascension équivalente à celle de Saussure.

Il faut, pour expliquer ces différences, tenir compte non seulement des influences physico-chimiques, mais aussi de l'élément psychique. Tout le monde sait l'influence des émotions sur la respiration et la circulation, par l'intermédiaire des phénomènes vaso-moteurs qu'elles déterminent.

Dans la navigation aérienne, il faut surtout se préoccuper des modifications de la pression barométrique : une atmosphère en plus ou en moins peut suffire à déterminer des accidents graves. Au premier plan, tenir compte de la rapidité de l'ascension. D'une façon générale, si l'on veut ne pas entraver la respiration, il faut mettre au moins une demi-heure pour atteindre une hauteur de 4,000 mètres.

ANGLETERRE

De l'acné.

Mackenzie (*Brit. Journal of Dermatologie*) explique d'une façon fort complète la formation de l'acné et en tire des conclusions thérapeutiques pratiques qui méritent d'être signalées. L'acné en effet, par la fréquence et la difficulté qu'on éprouve souvent à la traiter, doit attirer l'attention du médecin, qui la rencontrera fort souvent.

Voici comment les choses se passent, quelle est la pathogénie de l'acné. C'est tout d'abord une obstruction des conduits sébacés par accumulation de matière sébacée; ainsi se forment les comédons. Il est peu de gens qui n'aient pas, d'ordinaire sur le nez des points noirs plus ou moins nombreux, qui sont autant de comédons et au niveau desquels il y a obstruction des conduits sébacés. Comme il arrive dans toute glande obstruée, la cavité que l'obstruction laisse derrière elle renferme des matières sur lesquelles les microbes cultiveront facilement. Ainsi s'explique l'inflammation des glandes sébacées, mais quelquefois l'inflammation ne se limite pas seulement à la glande et envahit le tissu périfolliculaire lui-même. Dans ces cas d'inflammation profondément située, l'acné prend le nom d'acné indurée.

Enfin, au lieu de l'inflammation simple, de beaucoup la plus fréquente, les lésions de l'acné peuvent se traduire par de la suppuration. C'est l'acné suppurée qui reconnait pour cause le staphylocoque pyogène. Cette suppuration n'est qu'un degré plus élevé de l'inflammation.

C'est ainsi que se forme l'acné; on peut donc dire qu'elle est due à l'obstruction des conduits sébacés, liée elle-même à un état spécial de la peau et de l'appareil pilo-sébacé.

On sait que différents auteurs ont signalé l'acné dans l'anémie, la dyspepsie, la constipation, l'aménorrhée et la dysménorrhée, avec lesquelles ils ont cru que cette lésion cutanée affectait des rapports importants. Mais, pour Mackenzie, ce n'est là qu'une pure coïncidence; pour lui, l'acné n'est qu'une maladie locale.

Ce fait est capital en l'espèce, car Mackenzie n'attribue ainsi que peu de valeur au traitement interne. L'acné est justiciable d'un traitement externe, avant tout. Au point de vue préventif, trois indications sont à remplir: déboucher l'obstruction des glandes sébacées, ou mieux de leurs conduits, stimuler la vitalité des glandes et enfin aseptiser la peau. Les savons médicamenteux combattent ces trois éléments; les meilleurs sont ceux au soufre, au camphre et soufre, au camphre, au soufre avec baume du Pérou, à la créoline. Une fois l'acné produite, reste à en instituer le traitement curatif. Les savons stimulants ici encore enlèveront les comédons et nettoyeront les glandes. De plus, la nuit il faut appliquer les pommades, le jour faire des lotions. Le médicament auquel il vaut le mieux avoir recours pour ces différentes manœuvres est incontestablement le soufre. Le zinc et la belladone seront réservés pour les cas moins intenses.

ITALIE

Kyste hydatique suppuré du foie.

Burci (*Gazet. deg. Osp.*) rapporte l'histoire d'une complication de kyste hydatique hépatique qui offre un grand intérêt à plusieurs points de vue. Un malade avait depuis déjà trois ans tous les symptômes d'un kyste hydatique. Néanmoins, les fonctions exploratives auxquelles on se livrait pour affirmer le diagnostic ne donnaient aucun résultat. Tel était l'état du malade, quand il fut atteint de fièvre typhoïde.

Cette fièvre typhoïde évolua d'une façon normale, mais pendant sa convalescence apparut un empâtement dans la région hépatique, qui prit bientôt l'aspect d'un abcès. D'ailleurs, le foie semblait augmenté de volume; il s'étendait depuis la quatrième côte en haut jusqu'à la partie inférieure de la région iliaque. L'incision fut rapidement faite, et un pus abondant ne tarda pas à jaillir. Ce pus examiné bactériologiquement laissa voir des bacilles d'Eberth; il contenait, en outre, des échinocoques. Après cette intervention, le volume du foie diminua, mais partiellement. En effet, sa limite supérieure seule s'abaissa; inférieurement le foie descendait toujours aussi bas.

Dans ces conditions, on se décide à refaire une nouvelle ponction à trois doigts au-dessous du bord costal. Cette fois, ce fut un liquide hydatique limpide qui sortit, le liquide classique du kyste hydatique. Voulant donner une plus large issue au liquide, l'auteur incisa alors le long de l'aiguille au thermo-cautère. Mais on ne peut pas venir à bout de toutes les membranes hydatiques; en effet, il fallut s'arrêter bientôt, car survint une hémorrhagie grave du tissu hépatique qui nécessita l'arrêt de toute intervention. Cependant, le volume du foie diminua peu après; en même temps, le malade était atteint d'une abondante diarrhée glaireuse. Mais à ce moment, dans le pus de l'abcès, l'on ne trouva plus le bacille d'Eberth, mais bien le bactérium coli. L'auteur croit donc qu'il y a eu dans cet abcès deux infections successives, la première relevant du bacille d'Eberth, la seconde due au bactérium coli. D'ailleurs, aujourd'hui, le malade est en bone voie de guérison.

On ne peut lire cette observation sans se rappeler les nombreuses discussions qui ont été relevées à propos du bacille d'Eberth. On sait, en effet, combien ce bacille offre de points curieux avec le bactérium coli, et combien minutieux doit être l'examen bactériologique qui doit les reconnaître. Certains auteurs ont même été jusqu'à se demander si ces deux bacilles existaient bien particulièrement, et si le bacille d'Eberth n'était pas autre chose qu'un bactérium coli modifié. C'est à ce point de vue que l'observation de Burci est digne d'attirer l'attention, en même temps qu'elle est encore une preuve de graves complications qui peuvent atteindre un kyste hydatique qu'on laisse abandonné à lui-même.

SOCIÉTÉS SAVANTES

CONGRÈS DE MÉDECINE INTERNE DE BORDEAUX

Myélites infectieuses.

M. Grasset (de Montpellier), rapporteur de la question, l'a résumée dans les sept propositions suivantes:

1° Il paraît établi qu'il existe un rapport fréquent de cause à effet entre l'infection sous ses diverses formes et les myélites aiguës ou chroniques, diffuses ou systématisées;

2° Toutes les infections semblent pouvoir engendrer des maladies de la moelle, et cela aux diverses phases de leur propre évolution;

3° Les divers types cliniques de myélite peuvent être déterminés par les maladies infectieuses;

4° Les myélites infectieuses n'ont pas une histoire clinique différente suivant la nature de l'infection causale;

5° Les microbes agissent sur la moelle par eux-mêmes ou par leurs toxines; aussi est-il difficile de dire si chaque maladie infectieuse détermine directement la myélite ou si chaque infection spéciale appelle une infection banale secondaire de la moelle. Les infections banales (streptocoque, staphylocoque, colibacille) semblent être le plus souvent la cause directe des myélites infectieuses, quelle que soit la nature de l'infection initiale;

6° La maladie demande, pour se produire, le concours de l'infection et d'une prédisposition névropathique ou héréditaire;

7° Le diagnostic, le pronostic et le traitement des myélites infectieuses se déduisent des considérations précédentes.

Le rapporteur ensuite corrobore ces propositions par différentes observations depuis le mémoire de Gubler jusqu'aux travaux

récents de Widal et Besançon, Anché et Hobhs, Œttinger et Marinesco. Il montre que beaucoup de maladies, nettement reconnues comme infectieuses, que leur microhe soit déterminé ou non, donnent lien à des lésions médullaires. Ainsi, dans la variole, les paralysies ne sont pas très rares. Celles de la fièvre typhoïde surviennent à la phase de déclin ou de convalescence. On a quatre cas très nets de déterminations médullaires de la blennorrhagie. Quelques faits relatifs à la furonculose et à la staphylococcie sont également connus. Dans la diphtérie, qui produit bien plus souvent des lésions périphériques, les lésions médullaires ne sauraient cependant être niées. Les localisations nerveuses de la grippe sont fréquentes. Dans la pneumococcie, cinq faits avec autopsie peuvent être signalés. Enfin, on a observé quelques cas de myélite au cours de la fièvre rhumatismale aiguë et dans l'impaludisme.

Les différents types cliniques de myélite peuvent être déterminés par la plupart des maladies infectieuses.

Il est certain, toutefois, que les formes les plus fréquemment observées, expérimentalement ou cliniquement, après les infections, sont les myélites diffuses, soit la myélite diffuse aiguë, soit la myélite diffuse chronique.

Le tableau symptomatique de la myélite est commandé par le siège de la localisation sur la moelle plutôt que par la nature de l'infection. Il n'y a, d'ailleurs, peut-être pas autant de diversité dans les infections vraiment causales que dans les infections initiales.

La date d'apparition généralement tardive des myélites infectieuses fait plutôt penser à une infection secondaire.

Le rapporteur termine en discutant la question du traitement. Celui-ci varie suivant l'acuité et la marche de la myélite. Si la myélite est envahissante et menace la vie par son ascension, on joindra à la révulsion le long de la colonne vertébrale l'application du grand traitement mixte, et cela malgré l'absence de syphilis : c'est un traitement puissamment résolutif et que M. Grasset a vu réussir. Si la myélite a une allure subaiguë ou chronique, on recourra au traitement classique, à savoir : révulsion le long du rachis, électricité, massage, toniques hygiéniques, toniques médicamenteux, eaux minérales ferrugineuses, chlorurées sodiques ou sulfureuses.

M. Vaillard (médecin militaire), co-rapporteur, a également examiné la question. Il montre combien est riche le bilan des myélites expérimentales, et il établit comme il est déjà possible de fixer les caractères communs aux paralysies qui en sont la conséquence. C'est ordinairement une paralysie flasque, amyotrophique, intéressant les membres postérieurs, quelquefois un seul membre, restant localisée ou se généralisant à la façon de la paralysie de Landry. Parfois, comme l'a montré Charrin, la paralysie est de nature spasmodique. Ces troubles sont transitoires, mais plus souvent mortels.

La plupart des microbes pathogènes agissent surtout par les poisons qu'ils sécrètent. Aussi peut-on présumer que ces poisons constituent la principale cause efficiente des lésions subies par les éléments nerveux, soit que la colonisation des germes se fasse dans la moelle, soit qu'elle s'effectue dans un organe éloigné.

Certains agents infectieux ont, plus que d'autres, l'aptitude à provoquer des paralysies : le bacille de la diphtérie, le colibacille, le streptocoque, le bacille pyocyanique, le bacille typhique. Mais, parmi les animaux inoculés avec le même agent infectieux et d'une manière identique, tous ne présentent pas ultérieurement des accidents paralytiques.

Ces conclusions, surtout expérimentales, ne doivent néanmoins pas être appliquées à l'homme d'une façon trop prématurée.

Cependant il y a beaucoup de maladies infectieuses de l'homme qui, d'après les données de la clinique, ouvrent la porte à des accidents médullaires. Est-ce par infection primaire ou secondaire? On ne saurait le dire, mais tout porte à croire que le bacterium coli et le streptocoque jouent un rôle fort important. Ainsi le streptocoque serait peut-être l'agent des myélites aiguës, dites primitives, d'après Widal et Besançon.

Quant à la question des myélites chroniques, comme la sclérose en plaques, l'interprétation est plus difficile, parce que l'expérimentation n'a pas encore éclairé ce point. On peut en dire autant de l'atrophie musculaire progressive. Enfin, en ce qui concerne la pathogénie du tabes dans ses rapports avec la syphilis, on ne saurait encore formuler de conclusions, la cause de la syphilis nous échappant encore elle-même.

Après la lecture de ces deux rapports, différents auteurs ont envisagé des cas spéciaux de myélites, appuyés pour la plupart sur des données expérimentales nouvelles. Citons particulièrement les conclusions de **M. Crocq** fils (de Bruxelles), pour qui les lésions nerveuses périphériques de la diphtérie sont plus tardives que les lésions médullaires, et semblent pouvoir être considérées comme secondaires aux lésions de la moelle.

MM. Henriquez et **Hallion** (de Paris) ont déterminé avec de la toxine diphtérique une lésion systématisée de la moelle chez un singe. Aussi concluent-ils que les paralysies diphtériques de l'homme relèvent, pour une part peut-être plus grande qu'on ne le croit, de la moelle elle-même et non pas exclusivement des nerfs périphériques. La toxine diphtérique peut réaliser, suivant les cas, tantôt des lésions diffuses, tantôt des lésions systématisées.

A côté de ces myélites diphtériques, il faut faire une place aux myélites d'origine streptococcique, sur lesquelles **M. Roger** a appelé l'attention. Pour lui, le streptocoque suscite souvent des myélites chez les animaux, alors que chez l'homme il détermine plutôt des troubles cérébraux. Il explique ce fait en montrant que chez les animaux, c'est la moelle qui a la plus grande activité fonctionnelle. De même, ajoute-t-il, la morphine est un poison cérébral pour l'homme, un poison médullaire pour les animaux. Ce rapprochement mérite d'autant plus d'être cité que c'est par les substances toxiques secrétées par le streptocoque que celui-ci paraît agir.

M. Babes (de Bucharest) a montré que le streptocoque peut produire, suivant son espèce ou sa virulence, des lésions bien différentes. Ou bien ce sont de simples nécrobioses cellulaires, ou bien des inflammations périvasculaires, ou bien des lésions chroniques de sclérose vasculaire et névroglique avec atrophie. Enfin, l'on peut voir dans les cornes antérieures des œdèmes, des hémorrhagies, des phénomènes diapédétiques. Ce sont surtout ces dernières lésions qui engendrent les germes du genre proteus.

Quand, au contraire, on se trouve en présence de virus qui exercent une action chronique, comme la tuberculose et la syphilis, les effets en sont d'abord localisés sur les parois des vaisseaux périmédullaires. Plus tard seulement l'on voit des lésions intramédullaires par l'intermédiaire du système sanguin.

De plus, dit l'orateur, dans les myélites infectieuses l'on retrouve souvent des germes dans la moelle. Ainsi on a vu, au niveau des lésions de poliomyélite antérieure aiguë, chez les chevaux, des streptocoques associés ou non à d'autres microbes pathogènes.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON

Séance de mai 1895. — Présidence de M. Henry Coutagne.

Notes d'anatomie.

M. Durand, chef de clinique chirurgicale, communique, au nom de M. Commandeur, prosecteur à la Faculté, et en son nom personnel, quelques résultats de recherches entreprises par eux sur les branches des artères du bassin et montre les dessins d'un certain nombre de pièces disséquées par eux.

I. *Contribution à l'étude des artères des nerfs. Vascularisation du nerf obturateur.* — La disposition répond presque trait pour trait aux règles générales formulées par MM. Quénu et Lejars : origines multiples à peu près constantes, les artérioles viennent des lombaires, de l'iléo-lombaire, rarement de la fessière, de deux

branches de l'obturatrice, dans la traversée du bassin et d'une autre dans le passage à travers le canal sous-pubien. Quand l'obturatrice naît de l'épigastrique, la disposition n'est pas sensiblement modifiée, car la branche que représente l'obturatrice vraie et qui est à peu près constante envoie un ou deux filets au nerf.

Le nerf lombo-sacré paraît recevoir les branches artérielles des lombaires, de l'iléo-lombaire et de la fessière.

Quelle que soit leur origine, ces branches artérielles abordent le nerf perpendiculairement à sa direction et se divisent en T dont chacune des branches, ascendante on descendante, va s'anastomoser avec des rameaux semblables venus d'artères sus ou sous-jacentes. Quelquefois, la division en deux branches se fait avant que l'artère n'ait atteint le nerf, les deux branches sont alors intimement accolées jusqu'au nerf. Jamais ils n'ont rencontré l'arborisation en forme d'éventail. Les artérioles font assez fréquemment des détours pour atteindre le nerf.

II. *Vaso-vasorum des vaisseaux iliaques externes.* — Leur origine est inconstante, ils ne paraissent pas venir de l'artère iliaque externe.

Ils viennent ordinairement de l'iliaque interne, donnant une branche assez volumineuse qui se ramifie entre l'artère et la veine iliaque externes. L'iliaque primitive leur donne parfois une branche indirecte. Enfin, l'obturatrice leur fournit fréquemment des rameaux, surtout quand cette artère, souvent frappée d'anomalie, s'élève au-dessus de sa place normale.

III. *Une branche anormale de la vaginale.* — M. Laroyenne avait vu plusieurs fois au cours de l'hystérectomie vaginale un jet de sang se produire dans la zône dite non dangereuse du cul-de-sac postérieur. La branche artérielle incriminée, toujours difficile à pincer, paraît être une branche anormale de la vaginale. Cette artère est trop éloignée du banc du vagin pour être lésée, la branche anormale incriminée a une direction transversale, aborde la face postérieure des culs-de-sac et se bifurque en une branche ascendante et une branche descendante. Elle avait, sur la pièce dont le dessin est présenté à la Société, un volume égal à la moitié de celui de l'utérine.

Athérôme très marqué des artères coronaires sans angine de poitrine.

M. Lyonnet présente le cœur d'un malade autopsié le matin à l'asile Sainte-Eugénie. Il s'agit d'un vieillard de 70 ans qui a succombé à des accidents urémiques. On avait constaté un athérôme très marqué des artères périphériques, mais il n'y avait pas eu de crises d'angine de poitrine. On a trouvé de l'œdème pulmonaire, des reins sclérosés, un cœur volumineux, mou et manifestement atteint de myocardite.

Mais la lésion intéressante est une infiltration calcaire excessivement marquée des artères coronaires antérieure et postérieure.

Ces vaisseaux donnent absolument, au toucher, la sensation d'un tuyau de pipe, elles sont partout perméables.

C'est, en somme, une lésion banale, mais qu'il est extraordinaire de trouver à un tel degré. Il est intéressant aussi de noter l'absence d'accidents angineux.

M. Coutagne demande s'il y avait également rétrécissement de l'artère coronaire à l'embouchure dans l'aorte. Il fait remarquer que ces cas ont une importance majeure en médecine légale, dans la question de la mort subite. Des recherches analogues ont été faites par M. Lesser, professeur à Breslau, et par M. Key-Aberg, à Stockholm, qui a réuni une statistique portant sur 400 ou 500 cas.

M. Lyonnet abandonne la pièce à la collection de la Faculté.

Traumatisme cérébral, strabisme et atrophie du nerf optique.

M. H. Dor présente un malade qui a reçu un coup sur le crâne par une manivelle de treuil. Le blessé eut une perte de connaissance qui dura trois jours. En revenant à lui, il s'aperçut qu'il ne voyait plus de l'œil gauche et n'entendait plus de l'oreille du même côté. On constate une strabisme divergent de l'œil gauche et de l'atrophie commençante du nerf optique. Si on place un écran devant l'œil droit, la pupille gauche se dilate ; elle se resserre, au contraire, lorsqu'on enlève l'écran. Hœlder (de Stuttgard) a fait des recherches statistiques sur les phénomènes consécutifs au traumatisme du crâne et a noté, dans plus de la moitié des cas, une fracture du canal optique.

La mydriase n'est pas paralytique, mais de même nature que la mydriase de l'amaurose. Le strabisme n'est pas paralytique non plus, mais dû à l'insuffisance préexistante du droit interne. Cette insuffisance apparut par suite de la perte de la vision ; elle existait bien avant le traumatisme, mais n'était pas apparente par suite de la convergence volontaire. Le diagnostic anatomique est celui d'une lésion de la partie supérieure du canal optique. L'hémorrhagie est fréquente dans ces cas-là, mais ce n'est pas l'hémorrhagie qui est la cause de la cécité, car celle-ci se serait alors développée lentement et progressivement, ce qui n'est pas le cas ici.

Le Dr Gréder a institué, en 1885, des expériences pour montrer la production des fissures de la base. Il fit usage d'une chute d'une hauteur de 1 m. 50. d'un poids de 6 kilogr. à 6 kilogr. 500 pour produire ces fissures.

En ce qui concerne le traitement, M. Dor administre un peu d'iodure de potassium pour favoriser la résorption de l'épanchement sanguin s'il y en a. (*Lyon Médical.*)

SOCIÉTÉ NATIONALE DE MÉDECINE DE LYON

Séance du 22 juillet 1895. — Présidence de M. A. Dron.

Péritonite diffuse appendiculaire ; guérison.

M. Goullioud présente l'observation suivante d'une péritonite diffuse d'origine appendiculaire, guérie grâce à trois incisions successives sous-ombilicale, sous-diaphragmatique et épigastrique.

Miss E..., professeur d'anglais dans un pensionnat, âgée de 18 ans, fut prise en pleine santé, le 15 décembre 1894, au milieu d'un repas, d'une douleur aiguë dans la fosse iliaque droite, de vomissements, et bientôt après de fièvre et d'un état général grave. La veille, elle avait ressenti dans le ventre une douleur à laquelle elle n'avait pas porté attention. M. le Dr Charles Reboul, aussitôt appelé, reconnut une appendicite.

Le 23 décembre, c'est-à-dire le huitième jour, il m'appelait auprès de la malade pour faire la laparotomie.

Nous fûmes d'accord, en effet, pour admettre une péritonite diffuse et l'urgence de la laparotomie.

A ce moment nous avions sous les yeux un tableau clinique qui me rappelait absolument une jeune malade que j'avais opérée avec le docteur Adenot et chez qui nous avions trouvé une péritonite diffuse et une perforation de l'appendice. Elle avait d'ailleurs succombé.

Miss E... présentait un ventre météorisé, modérément douloureux, de la submatité dans les fosses iliaques et au-dessus du pubis ; une sensation de flot bien nette dans la même région, sans aucune induration spéciale dans la fosse iliaque droite. L'état général était grave, sans être celui de la péritonite suraiguë. Température rectale, 39° 8 ; 120 pulsations au moins ; 40 respirations ; le diaphragme semble ne pas fonctionner ; les ailes du nez expriment une grande gêne respiratoire. Il y a des vomissements, une selle diarrhéique. Cependant la malade bouge facilement, s'asseoit sur son lit. Facies vultueux, plutôt que grippé. Bruit râpeux au premier temps à la pointe.

Première opération, le 24 décembre. Incision sus-pubienne, médiane, donnant lieu à un écoulement d'environ un litre de liquide séro-purulent chargé de flocons fibrineux qui refoulait les intestins au-dessus du détroit supérieur. Drains dans les culs-de-sacs anté et rétro-utérins. Ni lavage, ni résection de l'appendice.

Le soir 37° 5, soulagement et cessation des vomissements; puis bientôt gaz et selles.

Au pansement du 26, on note la paralysie très nette du diaphragme : pendant l'inspiration, retrait de l'abdomen soulevé au contraire au moment de l'expiration. Il y a de la douleur de chaque côté du thorax. La température est à 39° 5.

Je regrette de n'avoir pas drainé la face inférieure du foie, comme je l'ai fait chez d'autres opérées.

Les jours suivants l'état se complique d'un foyer de broncho-pneumonie à gauche avec souffle, râles, crachats rouillés et visqueux. Muguet, escbare au sacrum.

Le 10 janvier, l'état est des plus graves; la moitié sous-ombilicale de l'abdomen est aplatie; mais il y a péritonite envahissante sus-ombilicale; ballonnement, matité dans les flancs, sensibilité et retour des vomissements porracés.

Deuxième opération consistant en une incision sous les fausses côtes droites, qui ouvre une vaste collection séro-purulente sous-diaphragmatique. Après un collapsus intense, légère amélioration, et de nouveau cessation des phénomènes péritonitiques. Coloration rouge brique de l'écoulement par suite de l'érosion de la face postéro-supérieure du foie au contact des drains.

Le 9 février, troisième opération, moins importante, consistant en l'incision épigastrique d'un abcès secondaire, mais sur une malade affaiblie, subdélirante, avec un début d'anasarque.

Celui-ci est le premier signe d'un néphrite infectieuse, avec urines rares, rosées, présentant 2 gr. 90 d'albumine par litre (le 11 mars); anasarque, épanchement passager dans la plèvre droite. Régime lacté progressivement toléré.

La cicatrisation des foyers est obtenue vers la fin d'avril, c'est-à-dire après quatre mois.

A la fin de juin la malade est en pleine convalescence, ayant repris appétit et embonpoint, ne présentant pas d'albumine, mais encore pâle, avec un souffle râpeux à la pointe, qui est peut-être antérieur à l'affection actuelle, car il aurait été constaté autrefois.

Le type inverse de la respiration par paralysie inflammatoire du diaphragme a duré près de deux mois.

Remarques. — Ce succès, péniblement acquis, avait été précédé de deux insuccès dans deux cas antérieurs très analogues qui permettent, pour ainsi dire, de faire l'anatomie pathologique de cette forme de péritonite. Dans un cas publié avec M. Adenot (*Lyon Médical*, 1891) un drainage d'emblée du bassin et de la face inférieure du diaphragme avait été insuffisant; du pus était déjà entre la rate et le diaphragme et n'avait pas été évacué. Malgré cette étendue de la péritonite du cul-de-sac de Douglas à la face inférieure du diaphragme, une portion, un tiers environ, de la cavité péritonéale dans la moitié gauche de l'abdomen avait été protégée par des adhérences. Aussi croyons-nous qu'il faut appeler ces péritonites des péritonites diffuses plutôt que généralisées, et volontiers admettrions-nous des péritonites localisées, diffuses et généralisées d'origine appendiculaire.

Pour ces cas, un traitement chirurgical acharné peut seul offrir quelques faibles chances de guérison.

M. Rodet demande si la malade a eu antérieurement une pneumonie, car on décrit des péritonites dues aux pneumocoques qui sont plus facilement curables.

M. Goullioud regrette de ne pouvoir dire de quelle nature était la péritonite. Il y a bien eu un foyer de broncho-pneumonie, mais une quinzaine de jours seulement après le début de la péritonite. Il ne croit pas, en tous cas, non plus que M. Reboul, à la nature tuberculeuse de l'affection. Il s'agissait d'une infection à processus aigu.

M. Delore est étonné de la multiplicité actuelle des cas d'appendicite et à la lecture des observations publiées, il doute quelquefois de l'origine appendiculaire des accidents.

(*Lyon Médical.*)

LES LIVRES

Chez A. Maloine, 91, boulevard Saint-Germain.

Atlas microphotographique de bactéries, par MM. Itzerott et F. Niemann (21 planches comprenant 126 figures). Texte traduit par le Dr Samuel Bernheim, 1 volume in-4° relié. — Prix 20 fr.

Il est bien rare de rencontrer deux bactériologues qui s'entendent sur leurs observations microscopiques. En effet, chacun a son rayon visuel particulier, et fait sur le champ du microscope des aperçus spéciaux et distincts. Leur arbitre impartial sera l'appareil photographique qui, lui, reproduit exactement les éléments figurés tels qu'ils sont en réalité. Aussi, l'ouvrage de MM. Itzerott et Niemann, que le Dr Samuel Bernheim présente au public savant français, sera bien accueilli et sera consulté utilement, non seulement par tous les bactériologistes compétents, mais encore par les praticiens qui désireront connaître exactement la forme, l'évolution et la biologie des microorganismes dont on les entretient si fréquemment.

Cet *Atlas microphotographique des Bactéries* est divisé en deux grandes parties :

Dans la première partie, tous les microorganismes étudiés et connus jusqu'à ce jour sont décrits avec une grande clarté. Un chapitre intercalaire expose les idées récentes sur l'immunisation et la sérumthérapie. Les auteurs décrivent ensuite dans cette première partie les microbes saprophytes et les microbes pathogènes, leur isolement, leur meilleur terrain de culture, la durée de leur existence, leur reproduction et leur puissance d'infection pour les différentes races animales.

La deuxième partie contient les documents les plus nouveaux et les plus importants. Sur 21 planches, qui se succèdent, sont reproduites 126 figures différentes des microbes de l'air et de l'eau, des microorganismes cultivables ou de bactéries contenues dans un produit pathogène. Ces illustrations, qui sont tirées la plupart à un grossissement de 1000, sont un véritable chef-d'œuvre photographique. Chaque figure est numérotée et son explication se retrouve facilement dans le texte.

Cet atlas sera d'une grande utilité pour les praticiens qui voudront s'initier aux nouveautés médicales. Mais il pourra également rendre des services aux adroits bactériologistes qui voudront étudier l'art de la microphotographie, dont les moindres détails sont décrits avec abondance et clarté.

Chez Steinhel.

Des suppurations mastoïdiennes et de leur traitement, par A. Broca, chirurgien des hôpitaux de Paris, et F. Lubet-Barbon, ancien interne des hôpitaux de Paris. 1 vol. in-8° de 260 p. Prix : 6 fr.

Dans cette intéressante monographie les auteurs étudient d'une façon très complète tout ce qui a trait aux inflammations aiguës ou chroniques de l'apophyse mastoïde; ils ont mis à profit les connaissances que donnent à l'un la pratique de la chirurgie générale, à l'autre l'étude plus spéciale de l'otologie.

De leur collaboration est sorti un travail très homogène et dont l'étude sera profitable aux auristes et aux chirurgiens.

Dans une première partie d'anatomie et de physiologie pathologiques, ils montrent d'une part que toute otite moyenne aiguë s'accompagne d'infection concomitante des cellules mastoïdiennes, d'autre part que toutes les inflammations du squelette mastoïdien dérivent de celles des cellules. De là pour les mastoïdites aiguës ils concluent nettement à la supériorité de la trépanation de l'apophyse, et proscrivent par conséquent l'incision simple, dite incision de Wilde. Les auteurs donnent ensuite avec une rigueur toute anatomique le manuel opératoire de la trépanation; les indications opératoires sont formulées avec précision.

Passant ensuite aux cas chroniques, qu'il y ait abcès mastoïdien

ou fistule, les auteurs montrent qu'au point de vue opératoire on ne peut arriver à un résultat complet que si on s'attaque à la caisse en même temps qu'à l'apophyse, la caisse étant l'origine constante de l'infection mastoïdienne. Ils donnent à ce propos une description détaillée d'opérations trop souvent mal connues : trépanation complète de l'apophyse, de l'aditus et de la caisse, et opération de Stacke.

Ce travail possède un intérêt réel en raison de l'expérience clinique considérable que possèdent les auteurs; ils ont, en effet, opéré 129 malades et il suffit de parcourir les observations qu'ils donnent soit in-extenso, soit en résumé, pour constater qu'ils ont obtenu des résultats excellents. La trépanation simple de l'apophyse est une opération toujours bénigne et qui procure une guérison rapide, la trépanation complète de l'apophyse et de la caisse, exige des soins post-opératoires prolongés, mais la longueur du traitement est proportionnée à la gravité de la maladie.

Société d'Editions scientifiques, place de l'Ecole-de-Médecine 4, rue Antoine-Dubois, Paris.

La cure de Barèges, par le docteur I. Bétous, médecin-consultant à Barèges, lauréat de la Faculté de Paris, membre de la Société d'Hydrologie médicale, etc. Grand in-8° de 148 pages. Prix : 2 francs.

Dans ce travail, l'auteur a exposé les résultats qu'une pratique de quinze ans lui a permis d'observer dans cette station thermale qui, grâce à son altitude, est aussi une station climatérique remarquable. Il s'est efforcé de faire ressortir les effets tout spéciaux de cette cure de Barèges, en même temps qu'il a insisté sur les nombreuses contre-indications qu'elle comporte. Ecrit dans un but purement scientifique, cet ouvrage est de nature à être utile aux médecins en appelant leur attention sur une médication énergique qui rend de si grands services dans les cas les plus graves, et aussi aux malades auxquels il pourra indiquer la *direction qu'ils doivent prendre*.

Chez L. Bataille et Cie, éditeurs, 23, place de l'Ecole-de-Médecine.

Œuvres complètes du Dr E. Reliquet, ancien professeur libre à l'Ecole pratique de la Faculté de médecine, réunies et publiées par A. Guépin, ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris.

Tome I. — *Traité des opérations des voies urinaires.* — Opérations qui se pratiquent sur l'uréthre : Cathétérisme, boutonnière uréthrale, examen du canal avec les instruments spéciaux, différents procédés pour porter des topiques dans l'uréthre, urétrotomies, opérations dirigées contre les fistules urinaires ou contre les vices de conformation du canal. Un portrait de l'auteur et une étude sur l'intoxication urineuse sont placés en tête de ce volume. Prix 6 fr.

Tome II. — *Traité et opérations des voies urinaires.* — Opérations qui se pratiquent sur la vessie : Examen de la vessie, injections vésicales, opérations pratiquées dans la vessie par l'uréthre, lithotritie, avec la description détaillée des instruments et du manuel opératoire de l'auteur ; procédés d'extraction des corps étrangers ; tailles chez l'homme et chez la femme. Prix 6 fr.

Tome III. — *Leçons sur les maladies des voies urinaires*, faites à l'Ecole pratique de la Faculté de Médecine. Etude de la miction, spasmes de la vessie et de l'uréthre ; action du chloroforme sur l'uréthre et sur la vessie, stagnations d'urine. Prix 6 fr.

Tome IV. — Ce tome (576 pages) contient une étude sur l'*Uréthrotomie interne* et de nombreux mémoires sur la *Lithotritie*, faite en particulier avec les instruments de l'auteur, le lit et surtout le brise-pierre dont l'usage est devenu à peu près universel ; sur *la colique spermatique, les phlegmons périvésicaux, les fistules uréthrales non urinaires, le cancer de la vessie, l'antisepsie des voies urinaires avant les théories microbiennes*, etc.

Les œuvres complètes de M. le Dr Reliquet formeront 6 volumes. Les tomes V, VI paraîtront avant le 1er novembre 1895.

Recherches sur les lois de la circulation pulmonaire, sur la fonction hémodynamique de la respiration et l'asphyxie, suivies d'une étude sur le mal de montagne et de ballon, par le Dr Léon Germe, ancien professeur à l'Ecole de médecine d'Arras. Ouvrage accompagné de 18 planches et précédé d'une préface par M. le professeur Potain. — In-8°, 429 pages. Prix : 10 fr.

Une très intéressante **Etude sur le Mont-Dore** du Dr A. de Brinon, médecin consultant au Mont-Dore, vient de paraître chez L. Battaille et Cie. L'auteur y expose avec beaucoup de clarté ses vues personnelles sur ce charmant pays d'Auvergne et sur ses eaux célèbres. Cet ouvrage sera lu avec intérêt et par le médecin, et par le baigneur. On y trouvera des descriptions originales, avec une étude très approfondie des eaux du Mont-Dore en thérapeutique.

(1 petit volume in-8°. Prix 1 fr. 25.)

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

FACULTÉS

Faculté de Paris.

Sont nommés chefs de clinique pour l'année 1894-1895 :
Hôtel-Dieu. — MM. Auscher, Cazin, Terson.
La Charité. — M. Rieffel.
La Pitié. — MM. Lesage, Rehlaud.
Necker. — M. Chevalier.
Salpêtrière. — M. Charcot.
Accouchements. — MM. Bonffe de Saint-Blaise, Dubrisay.
Sont maintenus dans leurs fonctions de chefs de clinique :
MM. Teissier (Charité); Parmentier (Saint-Antoine); Boulloche (Enfants malades); Brodier (Necker); Roubinovitch et Toulouse (Saint-Anne).
Sont nommés prosecteurs :
MM. Bouglé et Auvray, aides d'anatomie.

Classement des élèves en médecine pour le stage hospitalier.

Le classement des stagiaires pour les mois de décembre 1895, janvier et février 1896, aura lieu les 4, 5 et 7 novembre 1895, de 9 à 11 heures du matin, dans le Petit Amphithéâtre de la Faculté.

Seront inscrits d'office sur la liste des stagiaires, MM. les étudiants dont la scolarité sera soumise au stage au cours de l'année scolaire 1895-96, et qui auront pris l'inscription de juillet 1895 à la Faculté de Médecine de Paris (8e ou 12e).

Sont invités à demander, par écrit, leur inscription sur la liste des stagiaires, et avant le 1er novembre 1895, MM. les étudiants soumis au stage, qui n'auraient pas pris l'inscription de juillet 1895 (8e ou 12e), ou qui auraient pris cette inscription dans une Faculté ou Ecole des départements.

MM. les Etudiants qui seront appelés sous les drapeaux en novembre 1895 sont priés d'en informer le Doyen, par écrit, avant le 1er novembre 1895.

Une lettre de convocation individuelle sera adressée à chaque stagiaire. (Faire connaître les changements d'adresse, s'il y a lieu.)

Facultés et Ecoles départementales.

Rennes. — L'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Rennes est supprimée à dater du 1er janvier 1896.

Il est créé à Rennes, à partir du 1er janvier 1896, une Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie.

Rouen. — Un concours pour l'internat en médecine, dans les hôpitaux de Rouen, aura lieu le jeudi 24 octobre 1895. Les épreuves commenceront à 3 heures précises à l'hospice général, salle des séances.

HOPITAUX DE PARIS

Service de la consultation de médecine à l'hôpital Saint-Louis.

Les docteurs en médecine ayant fait quatre années d'internat dans les hôpitaux de Paris, et qui désireraient poser leur candidature en vue des places d'assistant de consultation de médecine à

l'hôpital Saint-Louis, sont prévenus que leurs demandes devront être remises à M. le directeur de l'administration de l'assistance publique avant le 1er octobre prochain, dernier délai.

Consultation de l'hôpital Saint-Louis.

Un arrêté du directeur de l'Assistance publique, du 31 mai 1895, approuvé le 21 juin suivant, par M. le préfet de la Seine, dispose que la consultation de médecine de l'hôpital Saint-Louis continuera à être faite par les médecins attachés à cet établissement.

Toutefois, cette consultation sera dédoublée ; une première consultation aura lien dans la matinée, une deuxième dans l'après-midi, et, par suite, les médecins de l'hôpital Saint-Louis auront à faire désormais deux consultations par semaine.

Afin d'aider et de suppléer au besoin les médecins de l'hôpital Saint-Louis, deux assistants seront adjoints au service de la consultation.

Ces deux assistants seront, comme les assistants de consultation, attachés aux hôpitaux généraux, choisis parmi les docteurs en médecine ayant fait quatre années d'internat dans les hôpitaux de Paris, et nommés comme eux par le directeur de l'Assistance publique, sur la proposition de la commission spéciale instituée par le paragraphe 9 du nouvel article 14 du règlement sur le service de santé et qui doit être composé :

Du représentant des médecins des hôpitaux au conseil de surveillance, président;

Du président de la Société médicale des hôpitaux ;

Et du président de la Société des médecins des hôpitaux (anciennement du bureau central).

Cette commission établira toutefois ses propositions d'après une liste de présentation dressée par les médecins de l'hôpital Saint-Louis, et comprenant trois noms pour chacune des deux places dont il s'agit. La commission dressera ensuite la liste réglementaire de deux candidats, spécifiée par le règlement.

MM. les médecins de l'hôpital Saint-Louis se réuniront très prochainement pour établir leurs listes de présentation.

MM. les docteurs en médecine réunissant les conditions susénoncées qui désireraient pour leur candidature en vue des places d'assistant de consultation à l'hôpital Saint-Louis, sont invités à faire leurs demandes dans le plus bref délai possible, en l'appuyant des titres qu'ils pourraient avoir à produire.

Ces demandes devront être adressées à M. le directeur de l'administration sanitaire de l'Assistance publique.

Une indemnité, calculée à raison de 5 fr. par séance, sera attribuée à chacun des deux assistants de consultation de l'hôpital Saint-Louis.

NOUVELLES

Congrès de la protection de l'enfance à Bordeaux. (29 juillet — 3 août).

Comme sanction du rapport présenté par le Dr Rivière sur :

« L'alimentation des enfants de un jour à deux ans et les moyens à employer par l'initiative privée pour en assurer le meilleur mode ». Le Congrès a voté les résolutions suivantes :

I. L'allaitement au sein constitue le meilleur mode d'alimentation pour les enfants nouveau-nés.

A défaut d'allaitement complet au sein, l'alimentation mixte, bien conduite, offre de réels avantages.

En dernière analyse, l'allaitement artificiel au lait de vache, entouré de grandes précautions, peut donner de bons résultats.

II. Le lait de vache est, presque en toutes régions, le seul qui puisse être pratiquement utilisé.

Le lait stérilisé, soit dans le ménage, soit à l'aide de procédés scientifiques rigoureux, doit, au moins dans les grandes villes, être préféré au lait cru qui peut être contaminé par des germes de toute nature que détruit la stérilisation et au lait bouilli qui, par l'ébullition, est bien privé de ses germes, mais perd aussi une partie de ses qualités de digestibilité.

III. Jusqu'après le sixième mois, l'alimentation doit être absolument liquide et ne consister qu'en lait de femme ou de vache.

De six mois à un an on peut, à un moment variable, suivant l'état de santé de l'enfant, faire usage de substances farineuses (farines, panades légères, etc.), préparées autant que possible au lait.

Pendant la deuxième année, on doit procéder au sevrage si l'enfant est nourri au sein ; en tout cas, pour tout enfant, le régime lacté doit dominer encore toute l'alimentation. L'alimentation ordinaire doit être sévèrement proscrite jusqu'à complète poussée des dents, c'est-à-dire dans le cours de la troisième année.

IV. Pour favoriser l'allaitement maternel, il faut assurer à la mère une nourriture saine et abondante, qu'elle peut trouver, par exemple, dans les fourneaux économiques ouvriers bien organisés.

V. Pour rendre l'allaitement mixte ou artificiel aussi peu néfaste que possible, il faut assurer à la mère un lait de vache pur, de bonne qualité, bien stérilisé et, après l'âge de six mois, des farines alimentaires bien composées et faciles à préparer.

VI. A ce point de vue, l'œuvre des crèches réalise le meilleur mode de favoriser une bonne alimentation, à la condition expresse que les crèches soient soumises à un contrôle médical.

VII. Mais il serait à désirer qu'il se créât des fourneaux économiques spécialement destinés aux petits enfants et où ils ne trouveraient que l'alimentation qui leur convient. Cette œuvre pourrait être facilement annexée à l'œuvre des fourneaux économiques des ouvriers.

A l'occasion du rapport du Dr Rivière, le Congrès exprime le vœu :

1° Qu'il se crée dans les centres un peu populeux des établissements de laiterie où la santé, l'hygiène et l'alimentation des vaches soient l'objet d'une attention sérieuse, que la cueillette du lait se fasse dans des conditions de propreté absolue, que la stérilisation soit faite dans les conditions exigées par la science.

2° Que les établissements qui intéressent directement la santé des enfants du peuple soient placés, comme tant d'autres, sous la surveillance des municipalités.

Le vœu du Dr Tissié, dont voici le texte, a été également voté :

Que toute méthode pédagogique ayant des rapports avec l'hygiène scolaire ne soit appliquée dans l'enseignement qu'après adoption et autorisation du conseil supérieur de l'hygiène publique.

L'assemblée, consultée afin de statuer sur la tenue du Congrès en 1896, a décidé que cette discussion serait étudiée ultérieurement.

M. le Dr Rousseau-Saint-Philippe prononce un discours résumant les travaux qui ont été effectués au cours de ce Congrès qui portera d'heureux fruits, espère-t-il, et déclare clos le Congrès de 1895.

Ve Congrès international d'Otologie, à Florence (23-26 septembre 1895).

Nous portons à la connaissance de nos confrères que le Comité français d'organisation du Congrès d'Otologie de Florence se compose de MM. Gellé (de Paris), Menière (de Paris), Moure (de Bordeaux), Noquet (de Lille), Baratoux (de Paris).

M. le professeur Grazzi (de Florence), président du Comité d'organisation, prie MM. les docteurs de vouloir bien lui envoyer leurs communications avant le 15 juillet prochain, époque à laquelle les listes seront imprimées et distribuées. Nous sommes aussi priés de convier nos confrères à ce Congrès par la voie de la presse.

C'est fait.

ASSISTANCE PUBLIQUE

La désinfection à domicile.

Le préfet de la Seine vient d'adresser aux médecins de Paris la circulaire suivante :

« En vue d'étendre et de développer les services que peuvent rendre les étuves de désinfection que la Ville de Paris a été amenée à créer dans ses établissements, je me suis occupé des moyens à employer pour porter ces créations à la connaissance de la population et lui permettre d'en profiter avec toutes les facilités possibles.

» J'ai pensé, Monsieur, qu'en raison même de votre situation, qui vous met en relations quotidiennes avec les familles, il vous serait possible de prêter à mon administration un très utile concours.

» Il vous suffirait, toutes les fois que vous auriez connaissance

66e Année. 9e Série. Tome II - N° 34 24 Aout 1895

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : **Dr F. de RANSE** — *Rédacteur en chef :* **Dr Pierre SEBILEAU**

Secrétaire de la Rédaction : **M. Em. EMERY**

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 28, rue Vignon

TRAVAUX ORIGINAUX

Note pour servir à l'étude de la greffe hétéroplastique. (De l'emploi comme greffe du feuillet interne de la membrane coquillère de l'œuf de poule.)

Par le docteur Ch. Amat, médecin-major de 2e classe à l'Ecole militaire préparatoire d'Infanterie de Rambouillet.

Il est multitude de circonstances où le chirurgien doit mettre tout en œuvre pour hâter la cicatrisation d'une plaie. Mais c'est surtout lorsqu'il s'agit de réparer les lésions superficielles occasionnées par une vaste brûlure, qu'il convient d'aider la nature, en vue d'abréger la durée de la suppuration et d'obvier, dans la mesure du possible, aux inconvénients de la rétraction.

Reverdin est incontestablement le premier qui, en 1869, ait montré la vraie voie dans laquelle il fallait s'engager pour atteindre ce but. Et les heureux résultats obtenus par sa greffe épidermique justifièrent la généralisation de cette dernière, jusqu'au jour où Thiersch, non content d'avoir des succès plus fréquents, obtint, par la transplantation de ses lambeaux dermo-épidermiques, depuis longtemps déjà pratiquée par Ollier, des résultats plus remarquables encore.

Il n'entre pas dans le cadre de cette note de décrire ces diverses opérations connues de tous; il me suffira de rappeler que ces greffes épidermiques ou dermo-épidermiques peuvent être autoplastiques, c'est-à-dire fournies par le malade lui-même ou hétéroplastiques et provenir d'un autre homme vivant ou récemment mort, d'un membre fraîchement amputé.

L'hétéroplastie inter-humaine, la meilleure assurément, a pu être, en certain cas, remplacée par l'hétéroplastie interzoo-humaine, le chien, le lapin, le cobaye, le veau, le poulet, la grenouille, l'éponge, fournissant les tissus à utiliser.

Si ce chapitre de l'anaplastie tégumentaire n'est pas le moins intéressant de tous, on doit toutefois reconnaître qu'il a été le moins fécond en résultats pratiques. Aussi ai-je bien soin de déclarer, dès l'abord, que ce n'est qu'à titre purement exceptionnel qu'on devra recourir à l'hétéroplastie interzoo-humaine.

Ce sont, en effet, des circonstances particulières qui me déterminèrent à l'employer pour la première fois en avril 1886.

A cette époque, je donnai mes soins au jeune P. M., âgé de 12 ans, fils d'un capitaine de mon régiment, pour une large plaie de la région dorso-latérale du pied droit, consécutive à une brûlure par l'eau bouillante. La réparation se faisant lentement, en raison, sans doute, du mauvais état général du petit malade, je proposais de faire sur ce dernier quelques greffes épidermiques. Mais, soit pusillanimité, soit tout autre motif, ma proposition fut, contre toute attente, accueillie avec si peu de faveur que je ne crus pas devoir la renouveler. C'est alors que, me souvenant de la vascularisation très nette que l'on constate dans le feuillet interne de la membrane coquillère de l'œuf de poule au moment de l'éclosion du poussin, je songeais, escomptant cette latente vitalité, à tenter des greffes avec lui.

Comme depuis quelques jours la plaie, sous l'influence des pansements phéniqués, ne suppurait pas et que les bourgeons charnus, confluents, petits et vivaces, se trouvaient dans les meilleures conditions pour la réussite de la greffe, je déposais dès le lendemain, en huit points différents de la partie intéressée, des morceaux de cinq millimètres carrés de membrane coquillère prise sur un œuf pondu de la veille. Chaque greffe fut séparément recouverte d'une petite lamelle de papier d'étain, tant pour la fixer que pour faire reconnaître le point où elle avait été posée. Quelques doubles de gaze phéniquée avec imperméable, couche d'ouate et bande maintenaient le tout.

En levant quatre jours après le pansement, je retrouvais avec peine cinq petits fragments de tissu transplanté sans remarquer aux divers endroits où ils avaient été placés rien de sensiblement apparent. Je croyais donc à un échec lorsque le lendemain et le surlendemain, examinant à nouveau la plaie, je distinguais un, puis deux points grisâtres. Dans l'espoir d'un succès pour si petit qu'il fût, je pratiquais ce même jour dix nouvelles greffes que, malgré tout le soin apporté à la technique opératoire, je retrouvais pour la plupart recroquevillées le quatrième jour. Une seule se montra fertile.

Les deux premiers points qui avaient fixé mon attention quatre et cinq jours auparavant étaient bien deux îlots cicatriciels dont le rayonnement concentrique finit par se confondre avec celui du troisième et par atteindre la pellicule cicatricielle venant des bords de la plaie. Il est à remarquer que la cicatrisation périphérique parut être notablement activée du jour même où les premiers essais de greffe furent tentés.

A quelque temps de là, en janvier 1888, j'eus recours à ce procédé de greffe dans le service des salles militaires de Rodez, dirigé par le médecin-major de 1re classe Defos du Rau, chez un cuisinier du 81e régiment d'infanterie, qui, en voulant monter sur le fourneau pour procéder à quelque nettoyage, avait enfoncé la jambe dans une marmite Choumara où se préparait la soupe. Ce soldat, n'ayant pas voulu entendre parler de la moindre piqûre, je fis avec le plus grand soin sur ses plaies, au dos du pied et à la partie externe de la jambe droite, application de seize fragments de membrane coquillère qui aboutirent à la formation de trois îlots cicatriciels. Je n'en obtins que deux dans une tentative faite six jours après avec vingt greffes.

C'est la membrane coquillère de l'œuf de poule que j'ai encore employée en octobre 1893 chez un élève de l'école militaire préparatoire d'infanterie de Rambouillet, qui était rentré des vacances avec une plaie à la région postérieure de l'avant-bras consécutive à une brûlure. Un premier essai avec dix greffes donna un succès, mais un deuxième avec égal nombre de morceaux de membrane resta absolument vain.

Si, pour donner une idée de la valeur anaplastique de la membrane coquillère interne, je totalise les succès et les insuccès obtenus, on voit que les premiers atteignent le chiffre 9 et les seconds celui de 74, soit un huitième de résultats favorables. Mais cette petite statistique semblerait démontrer, en outre, qu'une première séance de greffe est toujours plus heureuse qu'une seconde; en effet, 34 premières transplantations ont donné avec 6 îlots cicatriciels un sixième de succès, alors qu'il n'a été que d'un treizième pour 3 succès avec 40 secondes transplantations.

Voilà les faits.

Je laisse à d'autres plus compétents le soin de les interpréter me gardant fort de prendre parti pour ceux qui n'accordent à la greffe qu'une action de voisinage sans influence sur le développement ultérieur du tissu embryonnaire; pour ceux qui veulent faire jouer à la compression, pour si modérée qu'elle soit, exercée anciennement par les bandelettes de diachylon et aujourd'hui par mes petits carrés de papier d'étain, une action mécanique capable de transformer les cellules embryonnaires des bourgeons charnus en cellules épithéliales; pour ceux enfin qui, comme Létiévant, pensent que si l'épithélium s'organise plus facilement au contact des greffes, cela est dû aux soins tout particuliers dont on les entoure.

Tout ce que je puis dire, c'est que mes cicatrices ont eu mes greffes pour point de départ et que la possibilité de leur apparition en ces mêmes points, sans mon intervention, reste à démontrer entièrement.

Aussi ma conviction est telle que, désormais, j'aurai recours à la greffe par la membrane coquillère interne de l'œuf de poule, malgré ses faibles résultats, j'en conviens, toutes les fois que le procédé de Reverdin et de Ollier-Thiersch ne pourra être appliqué. Ses applications se rencontreront chez des enfants, chez des femmes, chez des hommes pusillanimes. On pourra employer de telles greffes, même dans le traitement de plaies superficielles qui, en raison de leur peu d'étendue, n'auraient pas nécessité l'intervention sanglante. Le procédé est si simple et le tissu à transplanter est relativement facile à trouver!

L'observation ayant démontré que la vie latente de la membrane coquillère est d'autant plus accusée que l'œuf est plus frais, puisque ce sont des œufs aussi frais que possible que l'on donne à couver à une poule, je me servirai, comme je l'ai fait du reste, d'œufs pondus du jour ou de la veille. Et, poussé par la même idée théorique qui m'a fait tenter le pansement, je saisirai l'occasion, si elle se présente à moi, d'utiliser la membrane interne déjà vascularisée d'un œuf dans sa deuxième période d'incubation.

L'emploi d'œufs fécondés me paraît *à priori* devoir être préféré bien que j'aie négligé d'étudier ce côté de la question.

Je ne saurais terminer cette note sans indiquer la technique suivie dans le cas où j'ai fait usage comme greffe du feuillet interne de la membrane coquillère de l'œuf de poule.

Les pansements successifs ayant supprimé la suppuration de la plaie et provoqué un bourgeonnement de bon aloi, je maintiens la région à l'abri de l'air en la recouvrant de quatre à cinq doubles de gaze phéniquée.

Prenant alors un œuf aussi frais que possible (et à l'avenir je le rechercherai fécondé) on le casse suivant le milieu de son grand axe. Le contenu versé dans un récipient laisse libres les deux parties de la coque. S'armant d'une pince à griffes on va saisir au fond de la grosse extrémité un relief formé par la chambre à air. Sur les œufs du jour, la chambre à air forme une petite calotte sphérique de 1 à 2 millimètres de hauteur et de 8 millimètres environ de diamètre. Comme la chambre à air est située entre le feuillet interne et le feuillet externe de la membrane coquillère, on est bien certain que les bandelettes de tissu que l'on attire à soi en partant de ce point ne sont formées que par le feuillet interne.

Ces bandelettes que l'on peut détacher avec des dimensions de 4 à 5 millimètres de large, coupées d'égale longueur, sont déposées directement avec la pointe des ciseaux auxquels elles adhèrent sur la plaie découverte. Les greffes ne se recroquevillent pas et appliquées par leur surface albumineuse adhèrent intimement.

Il n'est pas toujours aisé de n'employer que le feuillet interne. Quand on veut faire des greffes nombreuses et que l'on est obligé de prendre ailleurs que dans le voisinage immédiat de la chambre à air, le feuillet interne et le feuillet externe sont accolés. Je ne saurais vraiment dire si une telle façon de procéder nuit à la réussite de l'opération.

Je place mes greffes à douze ou quinze millimètres de distance et je les recouvre avec un petit carré de papier d'étain d'un centimètre carré environ, appliquant par-dessus le tout quelques doubles de gaze phéniquée.

Et maintenant que j'ai fait connaître mon procédé de

greffe hétéroplastique, que j'ai dit dans quel cas je l'ai employé, ce que j'ai obtenu et comment je le pratique, à d'autres de l'expérimenter sur une plus vaste échelle pour préciser mieux que je n'ai pu le faire les résultats qu'on peut en attendre.

REVUE DE CHIRURGIE

Chloroformisation et injections hypodermiques de cognac.

Par M. Longe, in *Gazette des Hôpitaux*, n° 99, 1894.

Partant de ce fait que l'alcool est l'antidote du chloroforme, qu'il a une action heureuse contre les accidents chloroformiques, M. Longe a emprunté à la pratique de son maître, M. Poncet, l'emploi des injections hypodermiques de cognac. Il les emploie dès que la face du chloroformisé commence à pâlir : une seringuée de 4 centimètres cubes d'une « dilution tiède de cognac au tiers », qui est renouvelée suivant l'état du pouls. Dans les cas de syncope subite, on peut faire usage de cognac pur.

L'alcool produit dans ce cas une action tonique sur le cœur, sans oublier que l'eau injectée, servant à la dilution, détermine à elle seule une augmentation de la force de contraction du myocarde et un relèvement de la tension artérielle.

Ces injections sont particulièrement utiles pendant les opérations de longue durée, accompagnées d'hémorrhagie notable ou suivies de choc. Chez les cardiaques, les alcooliques, les tuberculeux, les pleurétiques, les hystériques, les enfants et les vieillards, la chloroformisation a été sous leur influence régulière ou mieux régularisée. En un mot : alertes diminuées et réveil moins pénible.

Ces injections de cognac sont à la portée de tous les praticiens, faciles à se procurer en cas d'urgence, peu douloureuses, peu altérables et surtout sans danger.

De l'emploi de l'éther comme anesthésique général.

Par M. William Campbell. Th. Paris, 1894.

L'anesthésie par l'éther se généralise. Le chloroforme tend à être délaissé à cause de ses dangers. Les chirurgiens parisiens, imitant en cela la pratique de leurs confrères de province et tout particulièrement de Lyon, reviennent à l'éthérisation qui, adoptée depuis trente ans par M. Ollier, n'a pas, dans plus de 40,000 cas où elle a été employée, occasionné le moindre accident mortel.

La mort par l'éther survient exceptionnellement, en effet, pendant l'anesthésie, alors que le chloroforme tue assez souvent par syncope cardiaque.

De la cocaïne dans les interventions chirurgicales.

Par M. G. Fillion. Th. Paris, 1895.

La cocaïne est un agent anesthésique puissant qui, bien et prudemment administré, n'engendre jamais d'accidents sérieux. Employée en injections, celles-ci seront intra-dermiques et interstitielles, pratiquées avec des solutions à 1 0/0 et exceptionnellement à 2 0/0 sans jamais utiliser plus de 20 centigrammes de substance active.

Maniée avec habileté, la cocaïne a rendu de précieux services dans les opérations. Son emploi est facile, son champ d'action très étendu. C'est ainsi qu'elle a permis de pratiquer avec succès des cures radicales de hernie et d'hydrocèle, des anus artificiels, des dilatations anales, des ablations de tumeurs volumineuses, l'ouverture d'abcès énormes, des résections osseuses et d'affronter même les difficultés et les surprises de la chirurgie abdominale.

L'innocuité et la rapidité d'action de la cocaïne en font un agent anesthésique d'une grande puissance dont les bienfaits sont indéniables et l'emploi très étendu, offrant, par l'application des règles auxquelles elle est soumise, toutes les garanties de sécurité désirables.

De la position élevée du bassin en chirurgie abdominale

Par M. Chiron. Th. Paris, 1894.

La position élevée du bassin employée dans les opérations portant sur la cavité abdominale facilite le diagnostic des lésions avant et pendant l'opération, rend plus aisée et plus efficace l'intervention elle-même. Elle est tout particulièrement à recommander dans les affections ovariennes et utérines (salpingites, hématocèles, fibrômes de l'utérus, rétrodéviations utérines.....) et dans diverses opérations portant sur d'autres organes de l'abdomen. Ainsi effectuée, l'intervention semble plus complète et une diminution de la mortalité aurait été signalée de ce fait par les chirurgiens.

La position élevée du bassin se réalise soit à l'aide de tables spéciales, soit grâce à l'emploi de chevalets ou pupitres qu'on place sur des tables d'opérations ordinaires.

De l'emploi du protective de Lister dans le traitement des surfaces bourgeonnantes de niveau.

Par M. Cruard. Th. Paris, 1894.

La gaze avec laquelle on panse habituellement les surfaces granuleuses blesserait, quand on l'enlève, des bourgeons charnus en raison de l'adhérence qu'elle a contractée avec ces derniers. Et, pour ce motif, M. Cruard préfère le pansement au protective de Lister, qui permet à la rétraction de s'exercer normalement dans toute surface granuleuse, n'arrache pas la zône d'épidermisation périphérique, ne blesse pas les bourgeons charnus, ce qui est souvent une cause d'hémorrhagie et d'infection, ne cause aucune douleur au malade au moment de l'ablation du pansement.

Considérations sur l'asepsie et l'antisepsie dans la chirurgie rurale.

Par M. Mouflier. Th. Paris, 1894.

Le sublimé, l'acide phénique, l'iodoforme, le salol, l'acide borique: voilà les antiseptiques que l'auteur recommande. Mais, pour être plus sûr de son antisepsie, il faut rechercher l'asepsie, qui n'est en somme que la forme rigoureuse de la propreté. Elle s'improvise avec les plus pauvres ressources. Elle vise autant le pansement que l'opération d'urgence. Car la netteté primitive vaut mieux que tout nettoyage ultérieur, le praticien ne devant jamais oublier ce précepte de Volkmann que « le premier pansement décide du sort du malade ».

Des différentes méthodes d'oblitération des pertes de substance du crâne.

Par M. Moisson. Th. Paris.

Les chirurgiens modernes, pour lesquels la réunion immédiate des plaies est devenue la règle dans toute opération faite en dehors d'un foyer infecté, devaient en arriver nécessairement à chercher le moyen de fermer les brèches osseuses du crâne. Il n'est pas indifférent d'avoir au crâne une lacune osseuse plus ou moins étendue après une opération ou un traumatisme. Souvent, il est vrai, la perte de substance est protégée d'une façon à peu près efficace par une membrane fibreuse, qui met suffisamment

à l'abri les centres nerveux; chez les jeunes sujets, on peut quelquefois même espérer une restauration osseuse spontanée. Mais il n'en reste pas moins certain que dans bon nombre de cas cette protection n'est pas suffisante, qu'il existe un point vulnérable et que les patients sont obligés d'avoir recours à des appareils prothétiques plus ou moins incommodes pour doubler leur cicatrice trop peu résistante.

Dans les petites trépanations, la réapplication de la rondelle est le procédé de choix; mais, dans les opérations portant sur une surface étendue de la voûte, il est préférable d'avoir recours à la résection temporaire du crâne, c'est-à-dire à la conservation aux os de quelque adhérence avec les parties voisines afin de faciliter leur réunion ultérieure.

Dans les cas de pertes de substances anciennes, ou lorsqu'il n'est pas possible de réappliquer l'os enlevé (carie, tuberculose, cancer), la greffe osseuse avec les os d'animaux est supérieure aux procédés autoplastiques qui obligent à créer un second traumatisme.

Les procédés hétéroplastiques (celluloïd, os décalcifiés) ont en ces temps donné quelques succès. Il vaut mieux, toutefois, en raison de la possibilité de leur résorption ultérieure, leur préférer un des procédés précédemment signalés.

Si la restauration du crâne est indiquée dans tous les cas de trépanations étendues pour fractures de la voûte, hématômes de la dure-mère, tumeurs cérébrales... on a a craint que dans les trépanations pour épilepsie jacksonnienne, elle n'eût d'influence fâcheuse au point de vue de la réapparition des accidents. D'après M. Moisson, ces craintes ne sont pas fondées.

La greffe osseuse chez l'homme et l'implantation d'os décalcifiés.

Par M. Buscarlet. Th. Paris.

Les premières tentatives de greffe osseuse ont été faites sur les animaux. De l'année 1810 à nos jours, de nombreuses expériences ont été entreprises avec ou sans succès et les noms de Merrem, Philipp von Walther Heine, Flourens, Ollier, Klenke, Middeldorpf, Jonck et Wolf s'y rattachent.

Il faut remonter à 1820 pour trouver le premier fait absolument confirmé de greffe osseuse chez l'homme; il s'agit d'un cas de réimplantation de fragments de la boîte crânienne dû à Philipp von Walther. En ces derniers temps, Ollier, MacEwen, Poncet ont été plus particulièrement conduits à pratiquer de semblables opérations.

M. Ollier conseille de prendre chez des sujets sains des lambeaux de crête de tibia. M. Poncet n'emploie que des fragments osseux très petits, ne dépassant pas 8 à 10 millimètres de long sur 3 à 4 d'épaisseur, empruntés de préférence aux parties du squelette où l'ossification est la plus active, aux régions juxta-épiphysaires voisines du cartilage d'accroissement et comprenant le périoste. Ce n'est que lorsqu'on n'a pas d'os humain à sa disposition et le cas est fréquent qu'on peut emprunter des greffes de jeunes animaux. Ces greffes, semées en grand nombre, sont de véritables centres d'ossification, et c'est lentement, à la suite d'opérations répétées, qu'on arrive à pouvoir reconstituer un os entier.

La difficulté de trouver des os vivants pour la transplantation, la crainte de greffer chez un sujet, sain d'ailleurs, un os malade, le fait que les greffes vivantes ne prennent que dans des tissus absolument aseptiques, qu'elles se résorbent souvent et n'ont qu'un rôle temporaire ont donné l'idée de substituer dans beaucoup de cas aux os vivants des os morts.

Ces os, décalcifiés pour augmenter la rapidité de la résorption, conservés dans des liquides antiseptiques, faciles à préparer, peuvent servir à combler des cavités osseuses creusées dans la diaphyse des os longs, même pour remplacer ces derniers à la suite de lésions étendues et dans les résections osseuses de la continuité pour ablation de tumeurs, pour cals vicieux ou traumatismes, mais certaines conditions sont nécessaires pour la réussite: la jeunesse du sujet, la conservation d'un étui périostique ou osseux, l'ablation complète des lésions et l'antisepsie absolue du foyer. L'os décalcifié n'a qu'un rôle temporaire, celui de soutien provisoire. Si le sujet est trop âgé ou s'il manque dans le voisinage d'une source d'ossification nouvelle, le transplant se résorbe et finit par disparaître.

Les quelques lignes qui précèdent ne peuvent donner qu'une faible idée de l'importance du travail de M. Buscarlet, dont la lecture s'impose à celui que ces questions de greffe d'os vivant ou d'os mort peuvent intéresser.

Des lipômes douloureux.

Par M. Severeanu, professeur à l'Université de Bukharest. In *Le Progrès Médical*, n° 30, 1894.

Tous les auteurs ont décrit jusqu'ici les lipômes comme des tumeurs de consistance molle, élastiques, pseudo-fluctuantes et indolores spontanément et par pression. Or, actuellement, la science possède un certain nombre d'observations de lipômes douloureux.

La première a été publiée par Perott. Il s'agissait d'une tumeur située dans le troisième espace intercostal, qui occasionnait de grandes souffrances à la malade pendant les mouvements de la respiration et les secousses de la toux. Eve parle d'un cas dans lequel une malade présenta cinq tumeurs sur le bras et l'avant-bras droit et deux sur le bras gauche, toutes fort douloureuses spontanément à la pression. Ces tumeurs étaient des lipômes. Duplay et Reclus citent encore un cas de lipôme douloureux observé en 1872 dans le service de Richet. Morgagni lui-même parle d'un malade qui, ayant un lipôme, présentait des accès fébriles et une sensation fort vive de chaleur dès qu'il marchait un peu vite. M. Boiffin (de Nantes) a rapporté deux nouveaux cas, il y a peu de temps, de lipômes douloureux situés dans la région épigastrique. Ces cas simulaient des hernies de la ligne blanche et produisaient des symptômes nerveux analogues à ceux provoqués par ces hernies. M. Severeanu a rapporté un cas de lipôme douloureux situé dans la région deltoïdienne droite. Le diagnostic ultérieurement confirmé par l'examen microscopique fut d'autant plus difficile qu'en cette partie du corps, les inflammations chroniques, les abcès, les périostites, les kystes, les fibrômes, les sarcômes se montrent plus ou moins fréquemment.

Les anastomoses viscérales sans suture.

Par M. Tardif. Th. Paris, 1894.

Après avoir passé en revue les appareils employés pour les sutures sans fils, depuis les viroles de Denans jusqu'aux boutons de Murphy, l'auteur insiste tout particulièrement sur les avantages que ces derniers ont déjà rendus et sont surtout appelés à rendre. Il n'est pas toujours aisé de placer des sutures, tandis que le bouton de Murphy est rapidement et facilement applicable. M. Chaput tout particulièrement y a fait des objections basées sur le trop gros volume de l'appareil étant données les dimensions normales de l'intestin, sur l'exiguité du canal central, toutes

objections qni, bien qu'émanant d'nn virtuose de la suture, sont de nature à amener des modifications complètes du bouton primitif.

Le trachôme en Belgique.

Par M. Vandestraeten. In *Archives médicales belges*, novembre 1894.

L'ophtalmie granuleuse, dit M. Vanderstraeten en se résumant, autrefois si fréquente dans l'armée belge en a à peu près disparu aujourd'hui. Ce résultat heureux doit être attribué à deux ordres de moyens : amélioration des conditions hygiéniques générales, isolement raisonné pour éviter la contagion. Les granulations sont malheureusement très fréquentes aujourd'hui dans la population civile qui s'est infectée après l'armée et dont l'infection a été attribuée aux soldats malades renvoyés dans leurs foyers. On les rencontre surtout dans les classes inférieures au point qu'on les a appelées la maladie du pauvre. Elles y sont entretenues par les manvaises conditions sanitaires, malpropreté, encombrement, promiscuité. Il est particulièrement difficile de mettre en œuvre, dans les classes déshéritées, les moyens propres à extirper ou à diminuer le mal, moyens qui ont donné de si beaux résultats pour l'armée : une bonne hygiène et un isolement raisonné.

A L'ÉTRANGER

AUTRICHE

Traitement de la blennorrhagie.

Par le Dr Horovitz (de Vienne).

Le diagnostic de la blennorrhagie aigüe est généralement assez facile à établir : coït impur, puis, trois ou quatre jours après, cuisson, douleur vive en urinant, écoulement ; si à ces symptômes on ajoute la présence de gonocoques dans le pus, le diagnostic est absolument sûr.

Les principes généraux, d'après lesquels on doit guider la thérapeutique, se basent sur cette considération que nous avons affaire à une infection locale, marchant pas à pas, cellule par cellule et envahissant les territoires voisins. Comme c'est d'abord sur l'épithélium du canal uréthral que se développent les premières colonies microbiennes, il nous faut un agent qui active l'élimination de ces parties devenues inutiles et des gonocoques qui s'y trouvent renfermés. Pour modérer l'inflammation que produit la présence des gonocoques et des autres bactéries pyogènes, nous emploierons les agents antiphlogistiques et astringents.

Pour amener le médicament en contact avec le point malade, trois voies nous sont offertes. Nous pouvons, par le torrent circulatoire, parvenir jusqu'aux dernières ramifications vasculaires de la muqueuse ; d'antre part, nous pouvons charger l'urine de principes que nous savons funestes aux gonocoques et aux autres germes ; enfin, nous pouvons agir directement sur la muqueuse.

Les agents de la première catégorie sont les balsamiques : baume de copahu, baume du Pérou, huile de santal, poivre de cubèbe, etc. Je donne ces médicaments, surtout l'huile de santal, par cinq gouttes pour une capsule et six à neuf capsules par jour ; les prendre après le repas. Ces médicaments adoucissent le processus inflammatoire, et parfois le font complètement disparaître. Ils doivent être employés pour les malades trop sensibles chez qui le traitement direct provoque une réaction trop intense.

Il est d'autres médicaments qui par leur passage à travers l'organisme se décomposent et fournissent des substances éliminées par l'urine. Ces substances agiront sur le canal lors de l'émission de l'urine. Ce sont le salol, le salicylate de sonde, le benzoate de soude. Tons ces médicaments doivent passer par la voie gastrique : ils ne seront donc pas toujours bien supportés.

C'est donc le traitement direct qui est le traitement de choix de la blennorrhagie.

Au début quand le canal est très enflammé, rempli de pus, s'abstenir de toute tentative directe : le régime, le repos, les balsamiques, les antiphlogistiques suffiront.

C'est seulement lorsque les phénomènes inflammatoires entrent en régression, que la douleur disparaît et que l'écoulement commence à se tarir que l'on peut commencer le traitement direct. L'inflammation à cette époque est déjà loin : elle a gagné jusqu'au bulbe. Si le malade se présente dans les 2-3 premiers jours, j'essaie toujours le traitement abortif. Le processus inflammatoire n'a généralement pas encore dépassé la fosse naviculaire, le gonocoque n'occupe pas encore les couches profondes de la muqueuse.

Après cocaïnisation préalable, j'introduis sous la direction d'un court endoscope un pinceau de coton trempé dans une solutio de nitrate d'argent à 10 0/0. Je frotte 2-3 fois la surface de la muqueuse. Si la réaction n'est pas trop vive, je recommence le lendemain ou je fais une injection astringente. Chez les malades très sensibles, on peut employer de la même manière la solution d'Hollenstein ou une solution concentrée à 2 0/0 de permanganate de potasse. Le traitement abortif donne assez souvent des résultats négatifs, ce qui tient à ce que le malade atteint pour la première fois de blennorrhagie vient rarement consulter dès le début.

Le moment favorable pour le traitement par les injections est-il arrivé, faites choix d'un antiseptique, mais n'employez pas des solutions très concentrées. Si les injections sont faites prudemment avec une seringue fonctionnant bien et bien propre, répétées 3 à 4 fois par jour, dès les 3e ou 4e jour on voit se produire un mieux sensible. On peut facilement se convaincre que l'écoulement qui, au début, se compose surtout de globules de pus devient, quand la sécrétion diminue, plus pauvre en globules de pus et plus riche en cellules épithéliales de l'urèthre, ce qui indique que le processus inflammatoire diminue d'intensité. Maintenant les antiseptiques, surtout les injections de Hollenstein, même en solutions concentrées, peuvent être employées pour amener la nécrobiose des cellules épithéliales et leur chute rapide. Les injections de résorcine laissées longtemps en contact avec la muquense provoquent une chute abondante des cellules épithéliales.

Dans les deux ou trois premières semaines, s'il n'y a pas eu de complications, les injections doivent être faites trois à quatre fois par jour et le liquide laissé une à deux minutes dans l'urèthre ; plus tard, si la guérison n'est pas encore obtenue, seulement deux fois par jour, puis une fois, puis une fois tous les deux jours : ainsi on évite les récidives. Lorsque l'écoulement ne se révèle que par une simple gouttelette le matin, on emploiera avec avantage les injections astringentes. Je me sers d'une solution d'alun à 3 0/0 on de tannin à 1 ou 2 0/0 additionnée de vin rouge. Il est superflu, à ce moment, d'employer des solutions plus concentrées. Enfin, quand après la cessation de la période « muco-séreuse » il persiste un écoulement très léger, presque aqueux, renfermant à peine quelques éléments figurés, on obtiendra de nombreux succès par l'emploi des poudres fines en suspension dans l'eau, comme par exemple le sous-nitrate de bismuth, l'iodoforme, le salol. Ces substances se déposent sur la muqueuse qu'elles recouvrent d'une mince couche : elles agissent hygroscopiquement, tout en possédant aussi une action spécifique sur les bactéries.

Le traitement par les injections est donc, pour nous, le traitement du choix. Les bâtons médicamenteux, faits de gélatine ou de beurre de cacao, auquel on mélange l'antiseptique, ont de nombreux inconvénients. Difficiles à introduire, ils demandent dix minutes et plus pour se fondre. Le malade manque de patience,

et souvent le hâton ressort et tombe de l'urèthre sans avoir même agi sur la partie malade. D'ailleurs, comme l'introduction en serait trop douloureuse à la période aiguë, on ne peut les employer qu'au stade terminal.

La technique de l'injection est très simple : faire uriner le malade, laver le méat et le gland, pousser doucement l'injection, fermer ensuite le méat avec les doigts pour que le liquide reste en contact trois à quatre minutes avec la muqueuse. S'il y a un phimosis ou une inflammation purulente du prépuce, irriguer, nettoyer, débrider même pour détruire tout foyer d'infection.

Ordinairement, en l'absence de toute complication et par l'application du traitement rationnel, le processus maladif est éteint au bout de cinq à six semaines, exceptionnellement plus tôt. Parfois aussi, la maladie persiste quoique avec des symptômes très atténués ; seules, les recherches bactériologiques peuvent dire si l'on a affaire à une maladie infectieuse. Le résultat positif de ces recherches implique le diagnostic de blennorrhagie chronique.

Le traitement de la blennorrhagie chronique s'établit d'après deux faits pathologiques très importants. Il s'agit tout d'abord d'établir si le processus inflammatoire a son siège dans la partie antérieure ou dans la partie postérieure de l'urèthre ; en second lieu, il faut savoir si l'inflammation siège dans les couches profondes de la muqueuse et de la sous-muqueuse, sous forme d'infiltration de cellules rondes avec tendance à la transformation en tissu conjonctif, ou bien si elle n'a pas dépassé la sous muqueuse.

Avons-nous affaire à une *uréthrite chronique superficielle*, ce qu'on peut conclure de l'âge de la maladie, de l'extensibilité et de la sensibilité du canal, du gonflement et de la couleur de la muqueuse vue à l'endoscope et de l'examen de l'urine, nous devons chercher à nous rendre maîtres du mal par une action directe, pas trop énergique, prudente et continue.

Même traitement que pour l'uréthrite aiguë, nous cherchons toujours, ici par des moyens doux, là par de plus énergiques, à éliminer les foyers de gonocoques et à protéger la formation d'un nouvel épithélium.

L'inflammation est plus profonde : il y a dans le tissu conjonctif sous-muqueux des amas circonscrits ou étendus de cellules rondes, tendance à la formation de tissu conjonctif et l'on trouve des gonocoques emprisonnés au milieu des éléments cellulaires. Pour éliminer ces productions, le traitement devra être tout autre que précédemment. Dans nombre de cas, les deux types se combinent et réclament un traitement également combiné. L'opinion que l'uréthrite chronique est toujours postérieure et le plus souvent superficielle est fausse et conduit à des mesures thérapeutiques non en rapport avec le but à obtenir.

L'uréthrite chronique ayant envahi la partie antérieure et la partie postérieure de l'urèthre, tout en restant superficielle, n'est pas ordinairement d'aussi vieille provenance que la forme infiltrée et peut être traitée avec succès de différentes manières. J'emploie l'une des deux méthodes suivantes : ou j'irrigue la muqueuse uréthrale depuis l'orifice vésical jusqu'à l'orifice externe avec une solution antiseptique. ou bien je me sers des « antrophores » de Stéphane, qui peuvent être introduits jusqu'au col vésical.

La première méthode représente le traitement rationnel et c'est elle que je préfère : je sonde le malade, j'injecte une certaine quantité de liquide, je retire la sonde et le malade, en urinant, lave son canal. Le traitement est assez long, mais donne des résultats : il faut 12 à 15 irrigations, parfois 25 à 30. Si le malade n'est pas trop sensible, on peut retirer lentement la sonde à mesure qu'on injecte le liquide. Ce lavage direct est encore plus actif que l'évacuation spontanée de la vessie. Je n'injecte que 40 à 50 gr. chaque fois et je laisse un ou deux jours de repos entre chaque lavage. Si ce traitement provoque une vive inflammation et une violente douleur, je cesse et je reprends les injections avec la petite seringue. J'emploie pour ces lavages le nitrate d'argent à 1 0/00 ou à 1/3000, le permanganate de potasse 1 à 5 0/00, l'ichthyol 5 à 10 0/0.

Parmi les antrophores, il faut employer de préférence ceux qui sont imprégnés de nitrate d'argent.

Ces dernières préparations ne sont pas très maniables ; la masse fondante s'écoule de la verge, souille le linge et nécessite le port d'un pansement.

Les bâtons bien recouverts de gélatine ne blessent pas la muqueuse : ceux de Noffke (acide borique et phénol) sont très bons.

Si l'inflammation est profonde et siège dans l'urèthre postérieur, il ne faut pas faire d'injections avec des seringues plus ou moins grandes ; car une pression trop forte du liquide, un traumatisme peuvent provoquer une inflammation de voisinage.

Si, ce qui est rare, la blennorrhagie chronique est limitée à la partie posterieure, c'est là seulement qu'il faut porter l'agent modificateur, soit au moyen du porte-médicament de Dittel qui dépose le caustique à l'endroit voulu, soit au moyen d'antrophores dans lesquels l'agent actif n'est incorporé qu'à la partie postérieure, soit avec le porte-caustique de Lallemand modifié, ou avec la seringue à onguent de Tommasoli. On n'instille environ que 5 à 6 gouttes de liquide, et, s'il s'agit d'onguent, le double de la grosseur d'une noisette. L'endoscope rend ici de grands services ; il permet de reconnaître l'endroit malade, son état et de suivre les progrès du traitement.

L'uréthrite postérieure chronique superficielle est rare : elle est ordinairement associée à la forme profonde, infiltrée et demande alors un autre traitement.

Ici, il faut non seulement éliminer les cellules épithéliales, les globules de pus avec les leucocytes qu'ils renferment, il faut encore détruire l'infiltration des couches profondes. A l'arsenal thérapeutique déjà décrit, nous ajouterons des sondes, des instruments dilatateurs.

Par l'introduction et le séjour de sondes métalliques de plus en plus volumineuses, on obtient d'abord un élargissement mécanique ; en même temps les tissus comprimés sont anémiés et les troubles de nutrition amènent la chute des cellules rondes. Comme la pression augmente progressivement, il se fait de petites ruptures superficielles de la muqueuse dont la guérison se produit avec la disparition des cellules rondes. Nous agissons de même pour le traitement de la folliculite en faisant des scarifications sur la peau. Je commence avec une sonde n° 17-18, échelle française, que je laisse 10 à 12 minutes ; j'augmente ensuite progressivement jusqu'à 25-26 (filière Charrière).

Entre chaque séance 1, 2 à 3 jours de repos, pendant lesquels on peut faire des lavages. Je préfère faire d'abord le traitement complet par les sondes et les lavages ensuite. Si après le cathétérisme, il se produit une réaction trop violente, je fais mettre pendant une journée des cataplasmes froids et je fais ensuite une injection astringente.

La combinaison des deux méthodes, action mécanique et action médicamenteuse (comme par exemple en employant des sondes chargées de médicaments) est trop irritante. Les petites infiltrations circonscrites guérissent facilement par la cautérisation ; on peut aussi se servir, dans ce cas, d'un petit scarificateur spécial.

Enfin, il peut se faire que malgré la disparition de tous les phénomènes subjectifs, de l'écoulement lui-même, il persiste seulement quelques filaments très fins qui témoignent que le canal uréthral n'est pas encore tout à fait revenu à son état normal. Que faire ? Je cherche alors à me renseigner sur la virulence de ces filaments et c'est là-dessus que je base ma conduite. Si je ne trouve pas de gonocoques, je ne fais absolument rien ; la guérison vient d'elle-même. S'il se trouve encore des gonocoques, j'emploie les lavages avec les faibles solutions de nitrate ou les injections avec des poudres en suspension.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 13 août.

Intoxication par le vin.

M. Lancereaux. — Un préjugé fort répandu consiste à croire que le vin donne des forces et aide au travail. Aussi beaucoup d'ouvriers prennent-ils trois ou quatre litres de vin par jour. Bientôt leur sommeil est agité, ils ont des rêves, des pituites, des tremblements de lèvres, de la modification de la sensibilité au niveau des extrémités inférieures. Les viscères sont pris à leur tour, l'estomac s'enflamme d'abord, puis la râte et le foie se tuméfient. Le foie est particulièrement important. Il dépasse le rebord costal de deux ou trois travers de doigt, et d'autre part s'élève jusqu'au mamelon, même arrive souvent à le dépasser. A part les néoplasmes, où l'augmentation de volume ne porte que sur une partie de la glande, on ne voit nulle part cette forte élévation du foie.

Plus tard les éléments embryonnaires conjonctifs s'organisent définitivement et ainsi se constitue la cirrhose.

Je n'ai jamais rencontré la cirrhose ou l'hypermégalie hépatique et splénique chez les gens intoxiqués seulement par l'alcool ou les absinthes. Il en faut conclure que chez les buveurs, c'est le vin qui doit être ordinairement incriminé.

Le vin est une boisson complexe, d'ordinaire falsifiée; aussi faut-il voir quelle est dans le vin la substance propre à modifier le foie.

C'est surtout à Paris, où l'on consomme du mauvais vin, que la cirrhose est fréquente. Ce vin diffère du vin naturel par le vinage et le plâtrage, et peut-être celui-ci est-il dangereux.

Les buveurs de vin sont sujets aussi au tremblement des mains, au délire alcoolique aigu ou délirium tremens; ils sont prédisposés à une tuberculose à marche rapide.

Quand l'impôt sur le vin sera supprimé, la consommation de ce dernier augmentera, et si l'on n'a soin d'éviter les falsifications qui le rendent surtout dangereux, il en résultera un accroissement de l'alcoolisme.

Aussi faut-il, croyons-nous, ajouter aux vœux de MM. Bergeron et Laborde le paragraphe suivant :

« Imposer le vin d'une façon modérée et s'opposer aux falsifications qui peuvent le rendre nuisible. »

Vaccination par des toxines latentes contrebalancée par des antitoxines sanguines.

M. Babes (de Bucharest). — La toxine d'un virus vaccine contre une maladie, l'antitoxine détruit la toxine; comment donc se comportera le mélange de toxine et d'antitoxine? Leur mélange n'est cependant pas tout à fait sans action, et ne constitue pas un corps chimique tout à fait neutre.

Aussi ai-je cherché si ce mélange pouvait être utilisé comme vaccin, et mes expériences ont porté sur la toxine et le sérum diphtériques. Ces expériences m'ont donné des résultats encourageants, et j'ai vu que le virus diphtérique paralysé est un vaccin puissant. On vaccine ainsi tout aussi sûrement et plus rapidement qu'avec la toxine seule.

En 1890, nous avons déjà montré que le traitement antirabique pouvait être avantageusement fortifié par combinaison de l'injection du virus avec des injections de sérum de chiens fortement immunisés contre la rage.

M. Babes dit que le botriocéphale était inconnu en Roumanie jusqu'à ces dernières années. Il a vu, dans ce pays, l'existence de ce ver chez plusieurs personnes atteintes d'anémie pernicieuse.

M. Ferrand lit un travail ayant pour titre : *Essai physiologique sur la musique.*

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 29 juillet.

Elimination de la chaux chez les rachitiques.

M. Œchsner de Coninck. — En étudiant l'élimination de la chaux chez les enfants rachitiques, j'ai trouvé dans cinq séries d'analyses, par litre : 0.131, 0.112, 0.100, 0.094, 0.089 milligrammes de chaux, c'est-à-dire une proportion régulièrement décroissante de cet oxyde, parallèle à celle que j'avais constatée pour la magnésie chez ces mêmes enfants. Mais l'élimination de la magnésie était faible, celle de la chaux était relativement forte. Aussi ai-je été amené à conclure au remplacement partiel de la chaux par la magnésie dans le système osseux des enfants rachitiques. M. Chabrié admet la même substitution dans l'ostéomalacie. L'ostéomalacie se rapprocherait donc du rachitisme, au moins dans l'une de ses phases.

Utilité des injections d'oxyspartéine avant l'anesthésie chloroformique.

MM. Langlois et Maurange. — Nous avons déjà montré l'action tonique et régulatrice de la spartéine sur le cœur des sujets chloroformisés. Hurtle a montré de son côté que l'oxyspartéine avait sur le cœur une action plus énergique encore. Nos recherches nous ont conduits également à substituer l'oxyspartéine à la spartéine dans la clinique.

L'excitabilité du nerf pneumogastique est diminuée après l'injection d'oxyspartéine. La pression vasculaire se maintient pendant de longues anesthésies à une tension suffisante.

L'oxyspartéine est un peu plus active que la spartéine. Aussi la dose pour une injection doit-elle être inférieure. Si 0 gr. 04 à 0 gr. 05 centigrammes de spartéine et 0 gr. 01 centigramme de morphine injectés une heure avant l'opération donnent une narcose rapide, facile à maintenir avec un peu de chloroforme, et un cœur régulier, les mêmes effets s'obtiennent en remplaçant la spartéine par l'oxyspartéine à la dose de 0 gr. 03 à 0 gr. 04 centigrammes seulement.

CONGRÈS DE MÉDECINE INTERNE DE BORDEAUX

Rapports de l'intestin et du foie en pathologie.

Sur cette question, **MM. Hanot, Planté** et **J. Teissier** ont lu trois rapports dont voici les principaux points :

M. Hanot a montré quelles théories nombreuses ont déjà voulu expliquer les faits pathologiques résultant des rapports anatomiques du foie et de l'intestin. Mais ce n'est que depuis la connaissance exacte des fonctions du foie que la question repose sur des bases sérieuses. L'orateur cite alors les travaux de Cl. Bernard sur la glycogénie, ceux de Schiff et Roger qui font voir l'importance du rôle du foie dans la protection de l'organisme contre les intoxications. Bouchard étend ce rôle protecteur aux ptomaïnes, aux poisons de l'urine. En un mot la glande hépatique a un rôle antitoxique de premier ordre; mais on pense que les fonctions antitoxiques ne sont pas localisées dans les organes, mais disséminées un peu partout. L'intestin lui-même, pour Stich, neutraliserait une partie des poisons nés dans le tube digestif. En même temps Bouchard disait que le tube digestif contient trois ordres de poisons : ceux qui viennent des ingesta, de la bile et des matières putrides.

Restent les microorganismes de nature et de nombre encore indéterminés. Quelques-uns seuls sont bien connus : les bacteries de Miller, le bacillus putrificus coli, le bacterium lactis aerogenes, le bacillus pyocyaneus, le bacille de la diarrhée verte de Lesage et enfin le bacillus coli communis. Tous ces agents arrivent au foie soit par la veine porte, soit par l'artère hépatique, soit par le canal cholédoque.

Deux conclusions doivent être tirées de ces faits : l'infection et

l'intoxication sont intimement confondues. D'autre part l'intestin doit être subdivisé en deux parties au point de vue pathogénique. C'est l'intestin grêle où les processus de putréfaction sont au minimum, et c'est le gros intestin où ils sont à leur maximum. Ainsi il faudra tenir grand compte de la lésion intestinale qui retentit sur le foie. Les phénomènes d'intoxication et d'infection sont moins accentués dans la fièvre typhoïde que dans la dysenterie.

Lorsqu'on étudie les influences morbides exercées par le foie sur l'intestin, on se rend compte que le foie, organe hématopoiétique et glycogénique, joue un rôle de premier ordre dans la nutrition générale. Aussi, quand il est lésé, trouble-t-il le fonctionnement de l'intestin. Ainsi au début de la cirrhose, des néoplasies du foie, on voit des hémorrhoïdes, des hémorrhagies intestinales, de tympanisme, de la constipation, de la diarrhée.

D'autre part le foie hypertrophié peut devenir pour l'estomac une cause de gêne, comprimant le cardia ou le pylore, produisant l'entéroptose. Ce sont aussi les connexions nerveuses du foie et de l'appareil gastro-intestinal qui expliquent certains phénomènes de colique hépatique, comme vomissements, gastralgie, entéralgie, et même paralysie intestinale avec phénomènes de pseudo-étranglement.

Ce sont les connexions vasculaires qui expliquent les hémorrhagies gastro-intestinales au cours des maladies du foie, après la lithiase biliaire, par élévation de la tension sanguine, par la friabilité vasculaire engendrée par l'action directe de l'alcool ou de la cirrhose, parfois même par la déchirure de l'artère hépatique.

Mais le principal rôle dans la production des troubles digestifs liés aux affections du foie est surtout attribué aux variations de l'afflux biliaire. Aux variations de quantité ou de qualité de la bile correspond une série de modifications et d'anomalies dans le fonctionnement du tube digestif.

La bile peut ne plus arriver dans l'intestin, auquel cas les selles sont argileuses et fétides. Il y a alors constipation et météorisme. Ou bien elle est au contraire sécrétée en excès, il y a alors diarrhée biliaire avec coliques, parfois vomissements et troubles gastriques graves provoqués par le reflux de la bile.

Si d'autre part l'on étudie les influences morbides exercées par l'intestin sur le foie, l'on voit des troubles plus fréquents, plus graves, plus saillants. Ainsi on remarque l'ictère dans la duodénite, par bouchon muqueux de Virchow. Une irritation prolongée de la muqueuse intestinale peut entraîner par influence nerveuse la constriction du sphincter signalée par Oddi et Doyon à l'extrémité duodénale du canal cholédoque. La dilatation de l'estomac peut produire l'hépatoptose.

Enfin les microbes ou toxines, natifs ou hôtes de l'intestin, envahissent souvent le foie par l'intermédiaire de la veine porte, produisant des lésions depuis la cirrhose jusqu'à la congestion. L'artère hépatique de son côté apporte les germes de l'affection générale. Ces agents peuvent aussi pénétrer par voie centripète, du péritoine à l'enveloppe péri-hépatique, et, de là, au foie lui-même.

Le moindre trouble gastro-intestinal trouble ou lèse la cellule hépatique, ce qui se constate par l'hypoazoturie, la glycosurie alimentaire, l'urobilinurie. La lésion de la cellule dure-t-elle, on voit des troubles dans d'autres organes et tissus, constituant ce que l'orateur a appelé les petits signes de la séméiologie hépatique. Enfin, dans les lésions très marquées, il y a altération des vaisseaux sanguins, du système biliaire excréteur, du tissu conjonctif et de l'enveloppe de l'organe.

Parmi les principaux microbes à signaler, il faut faire une place à part au colibacille, surtout quand le foie est lésé au préalable. Ainsi il cause des ictères graves chez des individus déjà malades du foie. Par l'intermédiaire de la veine porte, le foie peut recevoir l'actinomyces et le bacille de Koch. Quant à la question de savoir si la lithiase biliaire est d'origine microbienne, si le microbe est bien le véritable noyau primitif du calcul hépatique, elle n'est pas complètement résolue : tout microbe pullulant dans le mucus des voies biliaires est peut-être capable de déterminer des transformations chimiques qui conduisent an dépôt de principes minéraux.

Les affections hépatiques par autointoxication d'origine gastro-intestinale sont également fort nombreuses. C'est Bouchard qui, le premier, montra la fréquence des congestions hépatiques dans diverses affections gastriques, surtout la dilatation de l'estomac. Chez les enfants, les congestions hépatiques, mobiles et passagères, sont particulièrement fréquentes, par suite de troubles intestinaux. La dyspepsie prolongée peut être aussi la cause d'une cirrhose, comme l'orateur l'a montré avec Boix. Chez l'homme, l'alcool, pour produire la cirrhose, agit simultanément avec les produits toxiques d'origine gastro-intestinale, et, pour M. Hanot, la cirrhose apparaît surtout chez les arthritiques.

De nouvelles cirrhoses sont d'ailleurs venues s'ajouter à la cirrhose alcoolique. Le plomb peut produire de la cirrhose ; après les fièvres éruptives, l'on peut voir de la cirrhose ; il faut citer encore la cirrhose tuberculeuse, la cirrhose infectieuse en général avec sa variété syphilitique bien étudiée par Virchow et Gubler. Les poisons digestifs n'agissent pas toujours seuls, mais avec l'alcool et les toxines.

On voit par ces faits combien ces phénomènes sont complexes et confus. Cette confusion et cette complexité s'augmentent encore de ce qu'après la mort on ne peut pas toujours reconstituer d'une façon complète la scène morbide. Cependant, un certain nombre de grandes lignes se dégagent nettement aujourd'hui. Le foie entretient l'équilibre nutritif de l'intestin ; l'intestin, d'autre part, apporte au foie une partie des éléments de sa nutrition et de son énergie spéciale. D'où relations physiologiques multiples et étroites, qui expliquent la fréquence, la rapidité, la complexité des manifestations de la pathologie hépato-intestinale.

De plus, la veine porte ne conduit plus seule les poisons au foie ; elle ne lui apporte que les poisons de l'extérieur ; l'artère hépatique apporte les poisons formés dans l'organisme. Mais l'influence nocive de l'intestin sur le foie est subordonnée à l'état hépatique.

La doctrine de l'antisepsie intestinale, posée par Bouchard, comporte cette indication d'être hépato-intestinale pour être efficace. En détruisant une partie des poisons de l'intestin, on préservera d'autant le foie ; en soutenant le pouvoir antitoxique du foie, on le défend contre les produits d'intoxication qui lui viennent de l'intimité des tissus.

M. Planté s'est occupé ensuite des rapports de l'intestin et du foie au point de vue de la pathologie exotique.

L'Européen, dans les pays chauds, présente une susceptibilité particulière des organes de la digestion et ces troubles digestifs coïncident avec des manifestations hépatiques. Il y a, du côté de l'intestin, diminution des sécrétions avec constipation et paresse intestinale. Du côté du foie, il y a hypertrophie, avec alternatives d'hypersécrétion et d'hyposécrétion biliaire. Le taux de l'urée est diminué, la fonction glycogénique amoindrie et les combustions organiques ralenties.

Dans ces troubles fonctionnels de l'intestin et du foie, plusieurs causes entrent en ligne de compte. L'excès d'alimentation, l'abus des conserves, le défaut d'exercice doivent, malgré leur réelle valeur, céder le pas aux influences telluriques qui sont surtout d'ordre infectieux.

Si nous examinons comment l'intestin, qui est un foyer intense de pullulation microbienne, agit sur le foie, nous voyons que celui-ci peut y puiser des germes infectieux multiples par les voies lymphatiques, biliaires et veineuses.

Par la voie lymphatique périphérique, par le péritoine, l'infection peut pénétrer l'écorce du foie dans les périhépatites, et les néomembranes organisées autour de la capsule de Glisson ne sont pas rares chez les dysentériques et les paludéens.

Les voies biliaires semblent être la porte d'entrée de ces fièvres

hilio-septiques, à types rémittents ou intermittents, mais sur lesquelles la quinine n'a pas d'action.

Enfin, la voie veineuse transporte les microbes bien plus souvent encore, ainsi les hépatites suppuratives consécutives à la dysenterie. Resterait à savoir si la complication hépatique est liée à la même cause microbienne que la dysenterie elle-même. Si l'on n'est pas fixé d'une façon définitive sur ce point, on sait du moins que les abcès du foie sont à pus stérile. Est-ce parce que ce sont les toxines qui ont été charriées par la veine porte pour produire l'abcès ? Bien plutôt il faut incriminer la disparition des microbes, une fois la collection purulente devenue un peu ancienne.

Les affections macroparasitaires peuvent aussi se propager de l'intestin au foie. Si l'embryon du tænia echinococcus n'a pas été signalé dans la zône torride, on y rencontre fréquemment au contraire des tænias solium et inermis. Les lombrics eux-mêmes sont très répandus dans les pays chauds. Les distomes, rares en Europe, se rencontrent souvent dans les tropiques. La douve hépatique se voit au Tonkin, au Japon, chez les indigènes impaludés. Enfin, Le Dantec a vu dans de nombreuses autopsies de dysentériques l'ankylostôme et le cercomonas intestinalis.

Comment les altérations du foie agissent-elles sur l'intestin? Les hépatites de la zône torride retentissent sur les fonctions du tube intestinal par suite des variations qu'elles impriment à la biligénie, par hypercholie et hypocholie, et à la glycogénie.

L'hypercholie influe sur le chimisme gastrique; la bile reflue dans l'estomac dont elle neutralise l'acidité et provoque des vomissements abondants. L'excès de bile détermine des diarrhées plutôt favorables, qui doivent être respectées dans les pays chauds. L'hypocholie est un puissant facteur d'infection intestinale.

Le glycogène est-il diminué, il y a affaiblissement du pouvoir antitoxique du foie.

Certaines affections sont caractérisées par ce fait qu'il y a autant de réaction du foie sur l'intestin que de l'intestin sur le foie. Ce sont surtout les formes aiguës et chroniques de la dysenterie et de l'hépatite. Le foie ne fournit plus alors assez de bile pour la digestion, et l'intestin absorbe mal des produits mal élaborés, et les renvoie au foie chargés de produits toxiques. Il y a là un vrai cercle vicieux.

C'est l'hygiène alimentaire qui réglera la prophylaxie des affections du foie et de l'intestin. Quant au traitement proprement dit, il consistera avant tout à protéger le foie contre les infections intestinales par l'antisepsie du tube digestif administrée par la voie rectale ou buccale. En un mot, c'est sur le foie que doit porter tout l'effet de la thérapeutique, mais c'est en surveillant le bon fonctionnement de l'intestin qu'on arrive le mieux à protéger le foie.

M. J. Teissier, à son tour, a donné sur la question les aperçus suivants :

Le cadre des affinités pathologiques du foie et de l'intestin s'est considérablement élargi ces dernières années. Il en est de même pour le foie et l'intestin que pour le cœur et le poumon. On pourrait même dire que le foie joue, vis-à-vis de la pathologie intestinale, le même rôle que l'oreillette droite vis-à-vis de la pathologie cardio-pulmonaire. Le foie forcé, c'est la porte ouverte à nombre d'infections et d'intoxications : c'est l'asystolie hépatique.

Le foie peut retentir sur l'intestin suivant trois modalités principales : par l'intermédiaire de la veine porte, par action sécrétoire, par voie réflexe.

La circulation porte a un rôle assez restreint, à cause du sens centrifuge du courant sanguin par rapport à l'intestin. Elle produit surtout des troubles mécaniques, par lesquels on explique les hémorrhagies, les crises diarrhéiques qui accompagnent les maladies du foie. Mais l'orateur croit que ces deux faits s'expliquent bien plutôt par l'influence exercée à la surface de l'intestin par les substances toxiques non détruites au niveau du foie malade, et éliminées par l'épithélium intestinal. La plupart des diarrhées d'origine hépatique paraissent imputables à un travail de fermentation ou de désintégration cellulaire dont les produits de destruction vont irriter la muqueuse intestinale pour y produire tantôt de la diarrhée, tantôt une hémorrhagie.

Ce fait s'applique également aux diarrhées du cancer du foie, apparaissant souvent bien avant la tumeur hépatique.

Il ne faut pas négliger les excitations réflexes, parties du foie et retentissant sur l'intestin; elles produisent des phénomènes de spasme et de paralysie passagère qui constituent les pseudo-étranglements.

Plus importants sont les accidents intestinaux par vice de l'irrigation biliaire. Il peut en résulter l'infection du système porte et surtout des voies biliaires. Comment agit la bile, et comment son absence dans la cavité intestinale provoque-t-elle des troubles morbides ? Est-ce par action parasiticide, antifermentescible ou par une influence antitoxique? L'orateur a constaté avec M. Baron que la bile a un pouvoir antiseptique très restreint. Mais elle a une réelle action antitoxique. L'orateur, avec MM. Couvreur et Jardon, a vu la toxicité urinaire augmenter chez les chiens fistulisés. Donc, une altération primitive du foie, par absence d'écoulement de la bile, produira dans l'intestin des désordres sérieux, qui retentiront à leur tour sur le foie.

L'intégrité de la sécrétion biliaire est donc indispensable à l'intégrité de l'intestin; une sécrétion biliaire continue et suffisante est le meilleur moyen pour assurer cette intégrité de l'intestin.

L'expérimentation et la clinique montrent que les meilleurs antiseptiques intestinaux sont les meilleurs cholagogues. L'orateur dit que le salicylate de soude est le médicament hépatique par excellence, le médicament de la défaillance du foie, comme la digitale est celui de la défaillance du cœur.

De son côté, l'intestin peut impressionner le foie suivant un triple mécanisme : par ses vaisseaux (circulation porte), par les conduits d'excrétion glandulaire (système biliaire), par ses nerfs. Les réactions les plus importantes se font par la voie biliaire et la voie veineuse portale.

Le foie peut résister aux impressions morbides parties de l'intestin. Il y a là une action protectrice du foie de haute importance qui s'exerce sur les produits minéraux absorbés à la surface de la muqueuse intestinale comme sur les produits de désorganisation et sur les produits de sécrétion microbienne. Le foie peut, comme l'ont montré Bouchard et Roger, modifier les toxines microbiennes.

La doctrine du foie barrière est démontrée par ce fait que la toxine tétanique injectée dans la veine porte d'un chien détermine la mort plus tardivement que si elle est injectée dans la veine jugulaire.

Le foie peut succomber sous la charge des fonctions qui lui sont dévolues. Ayant trop emmagasiné de plomb ou de mercure, ayant été trop imprégné par l'alcool ou les toxines, il peut laisser passer sans les transformer ou les détruire les poisons, germes et toxines qu'il avait arrêtés jusque-là; le foie devient insuffisant, la cellule hépatique cède, et il se fera des lésions de types variés, altérations épithéliales, scléreuses ou mixtes.

Mais quel que soit le type anatomique de la lésion, le poison a pénétré le foie par la veine porte, de sorte que l'on peut dire que bon nombre de cirrhoses ont une origine toxique dont le point de départ est l'intestin. Les lésions produites sont très variables, ce qui tient à la nature du poison, à la dose, à la lenteur et à la rapidité d'absorption, enfin à la toxicité du contenu intestinal.

C'est aussi par la veine porte que le foie reçoit une partie des toxines susceptibles d'entraîner les abcès du foie et les altérations hépatiques décrites par Hanot et Gastou, dans le foie infectieux. Mais les toxines injectées dans la circulation générale, comme l'a montré l'orateur, agissent sur le foie aussi bien que les toxines injectées dans la veine porte, et y déterminent les mêmes lésions.

Quant au foie infecté, sa manifestation type est l'abcès du foie

des pays chauds, d'origine dysentérique. Les abcès sont d'origine nettement microbienne, et coïncident avec les cas où il existe des ulcérations intestinales étendues on profondes, surtout cæcales.

Les germes pathogènes pénètrent surtout par la voie biliaire. La bile, nécessairement aseptique, s'infecte très facilement. Les microorganismes qui sont ainsi introduits dans le foie sont le point de départ d'une foule d'accidents et d'altérations anatomiques. Ainsi l'origine infectieuse des différentes variétés d'angiochlolite est un fait indiscutable aujourd'hui. Mais, comme Netter et Dupré l'ont montré, le foie sain ne s'infecte pas facilement. Aussi l'état préalable du foie a-t-il une grande importance. Il faut un amoindrissement dans la résistance; les pyrexies réalisent parfaitement cette condition. On comprend donc que les abcès biliaires soient plus fréquents à la suite de la dothiénentérie.

De l'exposé de ces faits, il semble ressortir que l'infection biliaire joue un rôle presque aussi important dans le développement des cirrhoses que les intoxications d'origine portale.

Certaines infections, voire même des suppurations biliaires, peuvent évoluer sans fièvre. Certains microorganismes même donnent naissance parfois à des toxines hypothermisantes, comme le bacillus coli, le bacille de Lœffler, la diplobactérie de la grippe.

Le foie exerce donc sur la majeure partie des poisons contenus dans l'intestin une action modératrice. Mais il peut retenir certaines de ces toxines, exalter même leur virulence, comme l'orateur l'a démontré avec M. Guinard, en expérimentant sur le chien. Certaines toxines microbiennes, et très probablement les toxines à pouvoir diastasique intense, introduites dans la veine porte, acquièrent dans le foie une virulence plus grande, et, bien qu'elles y aient été retenues un certain temps, déterminent des accidents plus rapidement mortels que si elles avaient été introduites, à dose égale d'ailleurs, dans le système nerveux périphérique. C'est là un fait très important, mais d'une interprétation difficile.

L'orateur ne croit pas que l'on puisse incriminer la suppression fonctionnelle de la cellule hépatique et la perte de son rôle destructeur, les poisons organiques non détruits venant alors ajouter leur action à celle de la toxine injectée. Il faut plutôt, d'après lui, admettre dans le foie l'existence de phénomènes fermentatifs aboutissant à la production d'une toxine plus virulente.

Sur les foies infectés expérimentalement, les lésions dominantes sont nettement localisées autour des veines sus-hépatiques, ce qui semblerait bien prouver que la toxine exerce son maximum d'effet nuisible au moment où elle a pénétré dans la circulation générale.

Comme la cellule hépatique et l'épithélium intestinal relèvent d'une origine commune, on comprend la vraisemblance de lésions simultanées dans le foie et dans l'intestin, comme noyaux cancéreux, foyers de tuberculose. Des affections concomitantes portant sur les deux organes ont été entrevues dans le diabète, et même dans les cirrhoses. Ainsi le raccourcissement de l'intestin grêle dans le cours de la cirrhose du foie, avec lésions des valvules conniventes, lésions vasculaires, lésions connectives, a déjà été assez souvent signalé, quoique le fait ne soit pas encore expliqué. Pour l'orateur, il faudrait faire jouer un grand rôle à l'activité circulatoire de la glande. Il croit, d'ailleurs, qu'il y a un rapport physiologique entre le foie et l'intestin grêle ; et il rappelle qu'il a constaté avec Frappaz que la longueur de l'intestin grêle est proportionnelle au volume du foie.

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

FACULTÉS

Faculté de médecine de Bordeaux.

Sont chargés, pendant l'année scolaire de 1895-1896, des enseignements complémentaires ci-après désignés :

Maladies du larynx, des oreilles et du nez : M. Moure; maladies mentales : M. Régis; clinique interne des maladies des enfants : M. Moussous; clinique des maladies cutanées et syphilitiques : M. Dubreuilh; clinique des maladies des voies urinaires : M. Ponson; chimie : M. Denigès; accouchements : M. Rivière; pathologie externe : M. Denucé.

Conseil des Facultés.

Le Conseil général des Facultés de Paris a exprimé le vœu de la création à la Faculté des sciences de conférences pratiques de physiologie.

HOPITAUX DE PARIS

Assistants de consultation.

Treize hôpitaux ont un service de consultation dirigé par un assistant pour la médecine et un pour la chirurgie. L'assistant est doublé d'un suppléant qui doit le remplacer pendant la période des vacances, et en cas d'absence motivée. Il aura, en outre, deux externes pour le seconder.

Au service de consultation sont attachés un infirmier et une infirmière pour la médecine, un infirmier et deux infirmières pour la chirurgie.

L'assistant de consultation touche un jeton de présence de 5 fr. par consultation; pour les hôpitaux dits excentriques (Lariboisière, Bichat, Cochin, Broussais, Tenon, etc.), le jeton est de 10 fr.

En janvier ont lieu les mutations.

Les assistants de consultation de médecine et de chirurgie ont été nommés, le 13 août 1895, sur les propositions faites, conformément au réglement, respectivement par la commission des médecins et des chirurgiens. Les assistants spéciaux pour Saint-Louis seront nommés en novembre prochain.

Assistants de médecine. — La consultation de quatre hôpitaux est assurée par des médecins des hôpitaux.

Hôtel-Dieu	MM. Dalcher.
Saint-Antoine	Wurtz.
Cochin	Lebreton.
Beaujon	Launois.

Les autres hôpitaux sont pourvus chacun d'un assistant titulaire et d'un assistant suppléant.

Hôpitaux.	Assistants titulaires.	Assistants suppléants.
La Pitié	MM. Capitan.	MM. N...
Charité	Gallois.	Aviragnet.
Necker	Méry.	Weber.
Laënnec	Teissier.	Aviragnet.
Andral	Polguère.	N..
Lariboisière	Jacquet.	N...
Tenon	Dupleix.	Grandmaison.
Broussais	Lyon.	Laffitte.
Bichat	Barbier.	Grandmaison.

Il reste à nommer 9 assistants suppléants.

Assistants de chirurgie. — La consultation de huit hôpitaux est assurée par des chirurgiens des hôpitaux.

Hôpitaux.	Assistants titulaires.	Assistants suppléants.
Hôtel-Dieu	MM. Ricard.	MM. Macquart-Moulin.
Charité	Demoulin.	
Saint-Antoine	Walter.	
Necker	Faure.	
Cochin	Sebileau.	
Beaujon	Michaux.	
Lariboisière	Beurnier.	Manson.
Saint-Louis	Leguen.	

Les consultations des autres hôpitaux sont faites par des assistants : un titulaire, M. Villemin, les autres suppléants faisant fonction de titulaires.

Hôpitaux.	Assistants titulaires.	Assistants suppléants.
Laënnec	MM. Villemin.	
La Pitié	Mauclaire.	
Tenon	Delbet.	MM. Conzette.
La Salpêtrière	Chipault.	
Bichat	Péraire.	Raymond.
Broca	Jayle.	
Broussais	Morestin.	Bernard.

Il reste à nommer 10 assistants suppléants.

66e Année. 9e Série. Tome II — N° 35 — 31 Aout 1895

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : Dr F. de RANSE — *Rédacteur en chef :* Dr Pierre SEBILEAU

Secrétaire de la Rédaction : M. Em. EMERY

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 28, rue Vignon

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Nouvelles recherches sur le streptocoque (Vaccination ; immunité ; sérothérapie).

Communication faite au Congrès de médecine de Bordeaux, le 12 août 1895, par H. Roger.

La question de l'immunité a suscité bien des travaux et soulevé bien des discussions. Nul sujet ne présente à la fois plus d'intérêt et de difficulté. Mais, contrairement à ce qu'on aurait pu penser au premier abord, il est encore plus malaisé de rechercher les causes de l'immunité naturelle que d'étudier le mécanisme de l'immunité artificielle, c'est-à-dire consécutive à la vaccination. Dans ce dernier cas, en effet, on peut faire des recherches comparatives et envisager simultanément ce qui survient chez les animaux neufs et chez ceux qui ont subi des inoculations préventives. Voyons donc ce qui se passe chez les êtres immunisés contre le streptocoque ; les récentes tentatives sérothérapiques dirigées contre ce microbe augmentent, croyons-nous, l'intérêt qui s'attache à son étude.

On peut vacciner les animaux contre le streptocoque par trois procédés principaux : injection dans les veines d'une culture atténuée ; inoculation sous-cutanée d'une culture virulente ; injection intra-veineuse d'une culture stérilisée. Ces trois méthodes sont également bonnes, mais elles sont toutes les trois susceptibles de causer des accidents et de faire succomber un certain nombre d'animaux. Les streptocoques atténués peuvent produire une maladie chronique et entraîner la mort en quelques semaines ; les streptocoques virulents, même quand on les introduit sous la peau, peuvent être trop actifs et tuer par septicémie ; enfin, l'action des produits solubles n'est pas moins aléatoire. Les cultures de microbe renferment, en effet, des substances à action antagoniste ; injectées après filtration sur bougie de porcelaine, elles se montrent fort toxiques et, d'ailleurs, loin de conférer l'immunité, augmentent la réceptivité de l'animal ; pour obtenir la vaccination, il faut employer des cultures chauffées à 110 degrés ; dans ces conditions, les liquides perdent la plus grande partie de leur toxicité ; cependant, quand on se sert d'un microbe très virulent, ils peuvent encore provoquer une cachexie mortelle.

Quel que soit le procédé employé, les animaux qu'on a réussi à vacciner fournissent un sérum thérapeutique, et sur ce point mes recherches déjà anciennes (*Revue de Médecine*, décembre 1892, p. 953) ont été confirmées par MM. Mironoff, Gromakowski, Marmorek. Je me trouvais conduit dès lors à tenter une application thérapeutique sur l'homme. Mais je ne pouvais employer le lapin, qui fournit trop peu de sang ; je n'osais m'adresser au chien dont le sérum est toxique ; j'eus donc recours aux équidés. Avec l'aide de M. Cadiot des mulets furent vaccinés ; ils reçurent tous les quinze jours, ou, ce qui est préférable, tous les huit jours, une dose d'un liquide préparé de la façon suivante. Une culture de streptocoque dans du bouillon de huit à dix jours est évaporée au bain-marie ; réduite au sixième du volume primitif, elle est chauffée à l'autoclave à 115 degrés ; on introduit chaque fois 50 centimètres cubes du liquide ainsi obtenu, soit 300 centimètres cubes de la culture. Quand l'animal a reçu 8 à 10 injections, on peut considérer la vaccination comme achevée ; et, huit à quinze jours plus tard, on pratique une saignée ; puis, pour empêcher les propriétés thérapeutiques de s'affaiblir, on continue à faire, une fois par semaine, une nouvelle injection de cultures stérilisées. Dans ces conditions, le sérum se maintient fort efficace, si on a le soin de ne pas pratiquer des saignées trop fréquentes ; les prises de sang doivent être espacées de deux mois environ, sinon l'action favorable diminue ou même disparaît.

Le sérum ainsi préparé a été essayé contre diverses affections à streptocoques, et notamment contre la fièvre puerpérale. Les premières tentatives thérapeutiques, faites avec l'aide de M. Charrin (*Société de Biologie*, 23 février et 30 mars 1895), ont donné des résultats encourageants confirmés par MM. Josué, Hermary, Jacquot. Il est démontré actuellement que le sérum antistreptococcique, provenant d'animaux immunisés au moyen de cultures stérilisées, ne présente aucun danger ; injecté à dose de trente à quarante centimètres cubes, il abaisse la température, amène le détachement des fausses membranes, dans les cas de

plaie diphtéroïde, améliore rapidement l'état général; son innocuité est telle qu'on peut répéter plusieurs jours de suite des injections de cinquante centimètres cubes; dans un cas d'une gravité extrême, on a introduit trois cents centimètres cubes de sérum. Les résultats sont d'autant meilleurs qu'on intervient plus tôt; employé au début de la fièvre puerpérale, le sérum peut arrêter court son évolution; employé à une période plus tardive, il ralentit le processus et transforme les cas aigus en cas à marche lente. Son influence heureuse se fait sentir, après la guérison, car la convalescence est remarquablement courte.

Mais ce n'est pas le côté pratique de la question que je désire aborder aujourd'hui; les faits thérapeutiques sont encore trop peu nombreux pour qu'on puisse poser des conclusions définitives. Je voudrais simplement rechercher par quel mécanisme se produit l'immunité artificielle contre le streptocoque et à quelles modifications sont dues les propriétés thérapeutiques du sérum.

Deux théories, on le sait, se partagent la faveur des bactériologistes: l'une invoque un état chimique des humeurs, une action bactéricide; l'autre admet un rôle dynamique des cellules, un processus phagocytaire.

La théorie bactéricide peut-elle s'appliquer aux animaux vaccinés contre le streptocoque? Mes premières recherches sur ce sujet semblaient conduire à une conclusion négative: j'avais établi, en effet, que le développement du streptocoque se faisait avec la même facilité dans le sérum des animaux neufs et dans le sérum des vaccinés. Mais, poursuivant l'étude de la question (1), j'ai reconnu que, si le développement numérique des microbes est semblable dans les deux cas, leurs propriétés pathogènes sont bien différentes: les microbes provenant du sérum des vaccinés sont beaucoup moins virulents que ceux qui ont poussé dans le sérum des animaux neufs; injectés sous la peau, ils produisent une lésion légère, rapidement curable, tandis que les cultures dans le sérum des animaux neufs provoquent un violent érysipèle, souvent mortel. Les différences sont semblables quand on pratique des inoculations par la voie intra-veineuse. Suivant la virulence du germe originel et l'état d'immunité de l'animal qui fournit le sérum, on verra la culture provoquer une maladie chronique ou ne produire aucun trouble appréciable, alors que les témoins succombent en quelques jours.

Ces résultats, qui m'avaient conduit à attribuer au sérum des animaux vaccinés contre le streptocoque une action atténuante, ont été vivement attaqués; on n'a pas nié les faits, mais on a combattu l'interprétation. On a objecté qu'il ne s'agissait pas d'une atténuation du virus, mais d'une action curative du sérum. En inoculant la culture développée dans les humeurs des vaccinés, on introduit évidemment une certaine quantité de sérum; celui-ci, dit-on, renforcerait la résistance de l'organisme, sans exercer d'action sur le germe microbien.

L'objection avait une grande valeur et méritait d'être soumise au contrôle expérimental.

Or, voici une expérience que j'ai répétée bien des fois, toujours avec le même résultat. J'injecte dans les veines de deux lapins quelques gouttes d'une culture de streptocoque développé dans du sérum normal et, en même temps, un ou deux centimètres cubes du sérum d'un lapin vacciné: un des animaux reçoit les deux liquides séparément, c'est-à-dire soit successivement l'un après l'autre, soit simultanément par deux veines différentes; chez le deuxième animal, les deux liquides sont introduits ensemble, après avoir été mélangés; dans ce dernier cas, la mort est toujours plus tardive, parfois même il ne se produit aucun trouble notable. Il est bien évident que la survie devrait être la même chez les deux animaux, si le sérum agissait en augmentant la résistance de l'organisme infecté; puisqu'il n'en est pas ainsi, il faut donc admettre que le sérum de l'animal vacciné agit sur le streptocoque, qu'il le dépouille d'une partie de sa virulence. Cette action est presque instantanée: il suffit d'un contact de quelques secondes pour que l'agent pathogène soit atténué. Voilà une expérience qui jette déjà un certain jour sur la question qui nous occupe; mais elle conduit à un nouveau problème: il faudrait rechercher maintenant si le sérum modifie la vitalité de l'agent pathogène ou détruit les produits qu'il sécrète et dont quelques-uns, comme je l'ai établi antérieurement (1), sont capables de favoriser l'infection.

Quelle que soit l'interprétation à venir, le fait n'en subsistera pas moins; mes premiers travaux se trouvent donc confirmés par ces nouvelles recherches, comme ils l'avaient déjà été par celles de M. Courmont. Cet auteur se sert du staphylocoque doré, qu'il cultive en série comparative dans du sérum d'animaux normaux et d'animaux vaccinés; après plusieurs passages successifs dans ces deux milieux, il reconnaît que la virulence s'est maintenue intacte dans le sérum normal, qu'elle a diminué ou disparu dans le sérum provenant de l'animal rendu réfractaire.

Tous ces faits concordants établissent donc que le sérum peut dépouiller certains microbes de leurs propriétés pathogènes; ce pouvoir atténuant éclaire son action thérapeutique; il rend compte des cas où le sérum a transformé une infection aiguë en infection lente.

Mais, les résultats qui viennent d'être relatés peuvent-ils expliquer le mécanisme de l'immunité? Autrement dit, le pouvoir atténuant appartient-il au sang ou au sérum? Apparaît-il après la coagulation, au moment où le caillot laisse exsuder la partie liquide, ou existe-t-il déjà dans le sang circulant? Ceux qui dénient aux humeurs toute intervention dans la résistance prétendent que les propriétés bactéricides, toxinicides ou atténuantes, n'existent pas dans le sang, tel qu'il est dans les vaisseaux; elles représenteraient une sorte de phénomène cadavérique; elles seraient dues à l'éclatement des leucocytes et à la diffusion de la matière curatrice qu'ils contiennent.

Il y a donc un grand intérêt à étudier, non plus l'action du sérum, mais celle du sang lui-même. L'expérience peut être réalisée très facilement de la façon suivante: on prend une culture de streptocoque dans du sérum normal, on en injecte quelques gouttes dans les veines d'un lapin, qui servira de témoin; un deuxième lapin, inoculé de la même façon, recevra en plus un à deux centimètres cubes du sang d'un animal vacciné (les deux injections seront faites séparément, de préférence par deux veines différentes, pour éviter tout contact entre la culture et le sang);

(1) *Société de Biologie*, 25 octobre 1890; — *Revue générale des Sciences*, 30 juin 1891.

(1) *Société de Biologie*, 27 juillet 1889; — *Académie des Sciences*. 29 juillet 1889.

enfin, un troisième lapin recevra un mélange de sang et de culture. C'est la répétition de l'expérience réalisée avec le sérum; la seule difficulté est de transfuser le sang sans l'altérer. Il faut pour cela opérer très vite; voici comment nous faisons. L'animal qui fournit le sang est solidement attaché sur le dos; la carotide est mise à nu et on y introduit une canule, au-dessous de laquelle on place une pince à pression continue; puis, après avoir lâché la pince, on aspire le sang avec une seringue ordinaire; on retire la seringue et on l'adapte à une canule placée d'avance dans la veine de l'animal qui doit recevoir le sang. Avec un peu d'habitude, on peut accomplir tous les temps de l'opération en moins de vingt secondes. Quand il s'agit d'injecter le mélange de sang et de culture, on commence par introduire celle-ci dans la seringue; le sang arrive avec une force suffisante pour que le mélange se fasse parfaitement.

Cette dernière expérience, quand elle est bien réussie, est tellement rapide qu'on ne peut invoquer une intervention des phagocytes; d'ailleurs, si on examine au microscope une gouttelette du liquide injecté, on constate facilement que tous les spectocoques sont restés libres; on n'en trouve pas encore dans les cellules. On ne peut pas supposer non plus qu'il y ait eu un éclatement ou une altération des leucocytes, car ces éléments se conservent longtemps dans le sang, et c'est justement pour ne pas les altérer que j'ai toujours employé des cultures dans du sérum de lapin: s'il y a donc un effet produit, force est d'invoquer l'action de substances chimiques. présentes dans le sang vivant, tel qu'il est dans les vaisseaux. Or, les résultats obtenus dans ces conditions sont exactement les mêmes que lorsqu'on emploie du sérum. Les témoins meurent les premiers, en trois ou quatre jours; les animaux qui ont reçu séparément la culture et le sang succombent un ou deux jours plus tard; ceux qui ont reçu le mélange de sang et de culture survivent de huit à quinze jours; l'un d'eux résista même vingt jours, et, bien que l'injection eût été faite dans les veines. fut atteint d'un érysipèle assez intense au niveau de l'oreille.

Ainsi le sang des animaux vaccinés possède un pouvoir atténuant; nos recherches n'éclairent donc pas seulement l'action thérapeutique du sérum, elles fournissent une base nouvelle aux théories de l'immunité acquise. Mais on conçoit aussi que les propriétés chimiques des humeurs soient incapables, à elles seules, d'assurer la protection de l'organisme: les germes pathogènes, bien que dépouillés partiellement de leur virulence, ne sont pas complètement détruits; c'est alors qu'interviennent les autres moyens de protection dont les animaux disposent. Au premier rang se place la phagocytose, qui s'exerce aisément sur les microbes affaiblis et rendus moins redoutables. On est ainsi conduit à une conception mixte, qui invoque à la fois les modifications des humeurs et l'intervention des cellules.

Il semble du reste que les doctrines exclusives aient fait leur temps: on assiste actuellement à un effort de conciliation entre les diverses théories de l'immunité. Depuis les travaux de M. Bouchard, personne n'admet plus que les propriétés du sang ou du sérum soient dues à la présence de matières spéciales, déposées par les microbes; les substances bactéricides ou atténuantes sont des produits sécrétés par l'organisme; les modifications des humeurs ne sont que le résultat des changements survenus, sous l'influence des toxines microbiennes, dans la nutrition des cellules. Voilà le terrain d'entente où viendront se fusionner les doctrines humorales et cellulaires qui, au premier abord, semblaient complètement opposées. Mais, pour établir solidement la conception nouvelle, il fallait démontrer que les modifications humorales ne représentent pas un simple phénomène cadavérique; si vraiment nos expériences établissent que le sang, tel qu'il est dans les vaisseaux, possède déjà le pouvoir d'atténuer les germes pathogènes, elles serviront à mieux faire comprendre le mécanisme et les causes de l'immunité acquise.

THÉRAPEUTIQUE

Les formes curables de la gangrène pulmonaire,

Par le Dr A.-F. Plicque, ancien interne des hôpitaux.

La curabilité et les indications thérapeutiques dans le traitement de la gangrène pulmonaire dépendent d'une part, du terrain; d'autre part, de la forme locale de la gangrène.

Au point de vue du terrain le surmenage, la convalescence, l'alcoolisme constituent des conditions particulièrement défavorables. L'aliénation mentale, le ramollissement cérébral qui entraînent assez fréquemment la gangrène pulmonaire par pénétration de corps étrangers dans les voies aériennes donnent des formes plus graves encore. Le diabète s'accompagne assez souvent de gangrène de forme curable, mais les gangrènes diabétiques sont particulièrement insidieuses, la fétidité des crachats et de l'haleine manquant assez fréquemment. Les gangrènes survenant chez des cancéreux cachectiques, en particulier après les cancers buccopharyngés, sont d'un pronostic absolument désespéré.

Au point de vue de la forme locale, les gangrènes superficielles muqueuses, se greffant soit sur une dilatation des bronches, soit sur une caverne tuberculeuse, sont de beaucoup les plus bénignes. Les gangrènes consécutives à la pneumonie sont de pronostic extrêmement variable. En dehors de l'infection locale, le pronostic dépend avant tout de l'infection générale et souvent de l'élément grippal qui se surajoute à la pneumonie. Dans les gangrènes pulmonaires consécutives aux embolies septiques, c'est encore l'infection générale et ici le nombre des foyers emboliques qui domine le pronostic. La coexistence d'une pleurésie (gangrène à forme pleurale de Bucquoy) est toujours un élément de haute gravité. Enfin, les gangrènes diffuses non circonscrites étendues à tout un poumon — heureusement rares — sont fatalement mortelles.

Les indications dans le traitement de la gangrène sont de trois ordres : 1° antisepsie pulmonaire; 2° état général; 3° interventions locales (thoracentèse ou pneumotomie).

Bien des moyens ont été essayés pour réaliser l'antisepsie pulmonaire : médicaments internes, inhalations, injections sous-cutanées, injections intrapulmonaires.

Comme médicaments internes, les expectorants sont utiles en facilitant l'expulsion des produits putrides. Le kermès, l'ipéca ou les antimoniaux ont l'inconvénient de déprimer les forces du malade. Lop conseille la potion suivante :

Potion de Todd........................	125 grammes.
Carbonate d'ammoniaque.............	1 gramme.

Il donne également la solution ammoniacale anisée (X gouttes, quatre fois par jour dans un grog).

Comme antiseptique interne, Bucquoy a conseillé la teinture d'eucalyptus à dose de 2 à 3 grammes par jour. Ce médicament s'adresse plus à l'infection générale qu'à la lésion directe. Lancereaux donne chaque jour 4 à 5 grammes d'hyposulfite de soude. Jaccoud a donné la liqueur de Labarraque (hypochlorite de soude liquide) à dose de 4 et 6 grammes par jour. On peut donner ces deux médicaments soit dans une potion, soit mieux pour éviter l'effet irritant dans un litre de macération de quinquina. Dieulafoy a obtenu de bons effets de la créosote; il donne chaque jour plusieurs cuillerées à bouche du mélange suivant :

Vin de Malaga	500 grammes.
Sirop de sucre	100 —
Vieux cognac	50 —
Créosote de hêtre purifiée	8 —

M. Chauffard enfin donne la teinture de benjoin à la dose de 1 à 2 grammes par jour dans un julep gommeux.

Comme inhalations directes, les meilleures semblent les inhalations d'oxygène. Les inhalations d'air ayant harboté dans une solution phéniquée au vingtième, dans un mélange à parties égales d'essence de térébenthine et d'eau, ont parfois l'inconvénient d'augmenter la toux. Mieux vaut faire dans la pièce des pulvérisations phéniquées. On peut aussi, suivant le procédé de Renou, dans la diphtérie, faire bouillir en permanence dans la pièce de l'eau additionnée de feuilles d'eucalyptus. On ajoute de temps à autre une cuillerée d'acide phénique neige en solution au dixième dans de l'alcool de Montpellier. On ne dépensera pas plus d'un gramme d'acide phénique par mètre cube de la chambre et par vingt-quatre heures.

Les tentatives pour faire pénétrer directement les antiseptiques soit par injection intralaryngée, soit par ponction entre deux anneaux de la trachée, soit par ponction au niveau du foyer de gangrène sont une source de complications fréquentes et doivent être rejetées.

On ne négligera jamais de faire la désinfection minutieuse de la bouche par des lavages très fréquents avec la solution de chloral au centième. La gangrène du poumon est en effet due à une exaltation de la virulence de microorganismes vivant normalement dans la bouche : sarcines, leptothrix, spirilles, streptocoques. Elle ne semble pas avoir d'agent spécifique. Ces lavages de la bouche sont d'ailleurs, ne fût-ce qu'au point de vue de l'appétit et des digestions, d'une très grande utilité.

Comme antiseptique administré par la voie sous-cutanée, Lop et Weill ont particulièrement essayé le gaïacol. On injecte chaque jour une à quatre seringues de Pravaz de la solution suivante :

Huile d'amandes douces stérilisée à 100°	10 grammes
Gaïacol	1 gramme.

Soit 10 à 40 centigrammes de gaïacol par jour.

Au point de vue de l'état général, en dehors de l'alcoolature d'aconit, de l'extrait mou de quinquina, du vin de quinquina on insistera sur l'alcool, en particulier chez les alcooliques et sur le café. Le lait, très utile à la fois comme aliment et comme diurétique, doit être donné en aussi forte quantité que possible même chez les diabétiques. L'alcool doit être donné même en cas d'albuminurie. L'intensité des quintes de toux, la violence des douleurs forceront parfois à employer la morphine, l'opium, la belladone. Comme dans toutes les maladies infectieuses et surtout s'il y a de l'albumine, on ne donnera ces médicaments qu'avec grande prudence.

Dans la forme pleurétique de la gangrène pulmonaire, l'épanchement est le plus souvent fétide, purulent. Cette fétidité existe parfois dans l'épanchement, alors qu'elle manque dans l'baleine et les crachats. La thoracentèse sera le plus souvent insuffisante et on sera forcé d'avoir recours à l'empyème. Dans cette forme, la dyspnée est souvent excessive même avec un épanchement peu considérable.

Dans le cas de foyer gangréneux unique, bien localisé, nettement reconnu par les signes sthétoscopiques, la pneumotomie a souvent réussi, même dans des cas extrêmement graves. Lop a relevé 17 succès sur 31 opérations. Voici la technique adoptée par M. Périer dans un des cas des plus graves terminé par la guérison.

« Sur le foyer, incision de 10 centimètres, parallèle au côté en procédant couche par couche à travers le grand et le petit pectoral et les muscles intercostaux jusqu'à la plèvre pariétale. Comme on ne savait pas au juste s'il y avait des adhérences entre les deux feuillets de la plèvre, M. Périer saisit avec de très fines pinces de Museux le tissu du poumon à travers la plèvre pariétale pour assurer et maintenir le contact. Incision de la plèvre qui paraît adhérer mollement. Une incision superficielle du poumon fait voir que son tissu est sain. Abandonnant alors le histouri, M. Périer enfonce, par un mouvement de ponction, une pince de Histes fermée dans la direction du foyer. Retrait de la pince en écartant les branches faisant ainsi par déchirures dans le tissu pulmonaire une ouverture qui ne donnait point de sang ou à peine. Il s'échappa une petite quantité d'un pus visqueux infect mêlé à des débris de tissu pulmonaire sphacélé. En explorant par le doigt on constate une cavité d'une capacité d'environ soixante centimètres cubes. Nettoyage de ce foyer au moyen d'un tampon de ouate imbibé d'une solution de chloral à 1/100°, puis en dernier lieu attouchement de toute la surface avec du naphtol camphré. Introduction de tubes à drainage accolés de moyen volume que l'on fixe à la peau et réunion de la plaie à gauche et à droite des deux drains. Pansement au salol. »

Il est en particulier indiqué de s'abstenir de tout lavage, le liquide pouvant pénétrer dans les bronches et déterminer un accès mortel de suffocation.

REVUE DE CHIRURGIE

De la trachéotomie préventive avec tamponnement du pharynx dans les opérations intéressant la bouche et la cavité pharyngienne.

Par M. Civel. Th. Paris.

Chaud plaidoyer en faveur de la trachéotomie préventive. L'auteur fait appel de l'arrêt formulé contre elle par la Société de Chirurgie en 1886 sur cette raison : que ce moyen pour s'opposer à la septicité des plaies de la bouche est disproportionné par rapport au danger à courir. Selon M. Berger, c'est une complication de l'acte chirurgical qu'il vaut mieux éviter, elle peut exposer à des accidents pulmonaires.

Il n'y a qu'une seule façon d'expliquer la réprobation dont la trachéotomie préventive fut l'objet, c'est qu'à ce moment notre éducation, en ce qui concerne l'infection et la manière de la prévenir, était encore imparfaite. La pneumonie septique étant révoquée en doute, l'antisepsie étant considérée comme moins nécessaire quand il s'agit de la gorge et de la bouche, il n'était pas bien utile de chercher à combattre une infection qui n'existait pas.

La méthode a subi l'épreuve du temps et l'expérience a démontré qu'elle était bonne. Elle repose sur une base rationnelle, elle s'appuie sur des succès déjà nombreux et l'auteur promet à tous ceux qui l'emploieront la possibilité

de faire avec sécurité des opérations réputées dangereuses et même impossibles.

Et de fait, la trachéotomie préventive avec tamponnement du larynx permet au malade de bénéficier de l'anesthésie, au chirurgien de faire l'hémostase et de voir clairement ce qu'il fait, à la plaie de guérir sans infecter le malade.

Sur les végétations adénoïdes du pharynx nasal et en particulier sur leur diagnostic et leur traitement par le doigt.

Par M. Guillaume, in *Revue de laryngologie, d'otologie et de rhinologie*, 16 novembre 1894.

L'examen avec le doigt a pour avantages de permettre à l'opérateur de savoir très exactement ce qu'il fait et de ne pas créer de lésions; de déterminer peu d'hémorrhagie primitive, jamais d'hémorrhagie dans le courant de la journée suivant l'opération et jamais d'hémorrhagie secondaire; d'effrayer beaucoup moins les malades; d'éviter les récidives en les surveillant.

Trois observations de traumatisme grave du rein.

Par M. Roux, in *Revue médicale de la Suisse-Romande*, septembre 1894.

La conclusion à tirer des trois cas observés, c'est que s'il est des circonstances où il faut savoir se croiser les bras lorsqu'une opération impérieuse doit avoir pour effet le plus sûr de tuer le malade qui risque de se tirer d'affaire malgré toutes les apparences, il en est d'autres où il faut savoir oser une laparotomie, quelque « exploratrice » que puissent la taxer les ennemis de la chirurgie, lorsqu'on a la conviction que l'attente du diagnostic précis risque de faire poser par l'anatomo-pathologiste quelques jours plus tard !

Des modifications de la thérapeutique des plaies suivant les conceptions de la nature de leurs accidents.

Par M. J. Barthélemy. Th. Paris 1894.

L'habitude de panser les plaies, dit l'auteur, doit être presque aussi vieille que l'humanité; et, bien que rudimentaires, les pansements étaient déjà sans doute en usage quand, suivant la magique évocation de Broca, « l'homme faible et chétif, errant et nu, sans industrie et presque sans armes, traînait péniblement au milieu des forêts son existence famélique, lorsqu'il luttait chaque jour avec les grands pachydermes de l'époque quaternaire, lorsqu'il n'avait d'autre asile que les cavernes dont le grand ours fossile lui disputait la possession. »

Pas plus que des hommes qui les pratiquèrent, aucune tradition ne nous en avait conservé le souvenir, quand les recherches modernes des anthropologistes en révélèrent l'existence et les résultats que ces soins ont pu donner sont tels que Broca, présentant les os fossiles d'une fracture consolidée, était en droit de dire qu'un chirurgien moderne, même difficile, pourrait se féliciter d'une guérison pareille, après des accidents de suppuration aussi intenses que ceux dont le tissu de ces os portait encore les traces évidentes.

Les écrits les plus anciens, à la connaissance de M. Barthélemy, sur ce sujet se trouvent dans le « Susrutas ayurvédas », dont le commentateur Ubatta vivait 1400 ans environ avant l'ère actuelle ! Viennent ensuite les indications contenues dans l'Iliade, Hippocrate, Virgile, Celse, Pline, Oribase, pour se terminer par celles qui sont la conséquence des études de Davaine et de Pasteur.

Les moyens d'action ont varié, soit que l'on eût pour but d'agir sur les plaies pour détruire les principes nuisibles que l'on suppose ou que l'on sait y exister ou dans l'espoir de diriger efficacement le travail de cicatrisation, soit que l'on se propose de garantir les plaies contre les influences de tout ce que l'on juge susceptible de déterminer des accidents capables de troubler le travail réparateur de l'organisme.

Essai sur la séméiologie du pouls en clinique chirurgicale.

Par M. F. Bertonnier. Th. Paris, 1895.

L'examen du pouls a une importance réelle en clinique chirurgicale; il peut aider puissamment au diagnostic et au pronostic.

Dans les hémorrhagies graves la grande dépression du pouls, dont elles s'accompagnent, a suffi parfois à mettre sur la voie des accidents que rien ne venait révéler à l'extérieur et alors que les autres symptômes généraux n'étaient pas assez accentués pour attirer l'attention.

Dans le choc traumatique ou opération le degré de petitesse, de fréquence et d'irrégularité du pouls donne la mesure la plus exacte de la violence du choc et de la résistance vitale du malade.

Dans les lésions traumatiques crânio-cérébrales la lenteur extrême du pouls est un signe constant de la commotion, de la contusion ou de la compression cérébrale.

La péritonite s'annonce par un pouls petit, fréquent et irrégulier.

L'absence de battements artériels à l'extrémité d'un membre est un signe d'une grande importance et qui commande une détermination rapide.

Un pouls irrégulier, intermittent, arythmique, mieux que l'auscultation peut-être, indique que les lésions valvulaires sont mal compensées et qu'il y aurait danger à l'administration du chloroforme. Durant le cours de la chloroformisation tout changement brusque survenu dans la circulation, dont on se rend compte en tenant le pouls, doit éveiller l'attention et mettre en garde contre les accidents.

A L'ÉTRANGER

ALLEMAGNE

Synovite suppurée blennorrhagique.

MM. Jacobi et Goldmann (*Beitræge zur klinische Chirurgie*, XII) rapportent l'observation d'un homme de trente-sept ans, de forte constitution, qui se plaignait de vives douleurs dans le pied gauche. Il avait en effet une forte tuméfaction au pied, accusée surtout près de la malléole interne. Cette tuméfaction, d'ailleurs, s'étendait assez loin ; elle commençait à quatre travers de doigt au-dessus de la malléole interne et se continuait le long de la face plantaire du pied jusqu'à la tubérosité du scaphoïde. Cette tuméfaction présentait les caractères classiques de douleur, rougeur et chaleur, et on y sentait une fluctuation profonde.

Le pied étant en légère flexion plantaire et en supination, les mouvements imprimés aux orteils n'éveillant pas de douleur, on se trouvait bien devant une affection localisée à la gaîne tendineuse du jambier postérieur.

L'examen du malade permettait de voir qu'il s'écoulait encore par l'urèthre un liquide purulent renfermant des gonocoques. La tuméfaction répondait donc à une synovite tendineuse d'origine blennorrhagique.

Le malade fut opéré; il s'écoula un pus jaunâtre, filant et mélangé de sang. Le tendon du jambier postérieur ne paraissait pas altéré. Mais sa gaîne hyperémiée avait à sa face interne des

dépôts d'un blanc jaunâtre, très adhérents. Une portion de cette gaine fut examinée au microscope ; et le pus fut analysé bactériologiquement. Il contenait des gonocoques uniquement, sans autre microbe pyogène. Des gonocoques furent aussi trouvés, mais en moins grand nombre, dans les parois de la portion de la gaine excisée. La guérison se fit d'ailleurs normalement.

A bien des points de vue, cette observation est intéressante. La synovite gonococcienne de la gaine tendineuse du jambier postérieur est chose fort rare. Rare aussi est la forme de cette synovite blennorrhagique. En général, on le sait, la blennorrhagie donne peu de suppuration aux gaines synoviales. Les synovites qu'elle provoque sont séreuses ou sérofibrineuses. Quand la suppuration se montre, c'est avec un caractère de réelle bénignité. En effet, ici l'on peut constater la marche lente de l'affection, sa limitation exacte à la gaine tendineuse primitivement envahie sans propagation à la gaine voisine du tendon du fléchisseur commun des orteils. Du côté du tendon du jambier postérieur lui-même, pas de signe de nécrose, et cependant il baignait dans le pus depuis longtemps. Cette synovite blennorrhagique suppurée se caractérise donc par son peu de tendance à la destruction des tissus.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 20 août.

Résultats de la méthode du curettage dans le traitement des grands abcès du foie.

M. Fontan (de Toulon). — Depuis à peu près cinq ans, je traite les grands abcès du foie par le procédé suivent :

a) Large incision de 8 à 10 centimètres, faite couche par couche avec résection de côtes si l'opération intéresse la cage thoracique.

b) Sutures sur les plèvres et quelquefois sur le péritoine pour canaliser la voie que suivra le pus en s'échappant de l'abcès.

c) Curettage complet de la poche de l'abcès.

Cette dernière manœuvre est celle sur laquelle je veux insister. Le curettage consiste à râcler toute la face interne de l'abcès, jusqu'à ce que l'eau de l'irrigation, que l'on pratique en même temps, ressorte claire.

Le curettage, d'autre part, ne produit pas d'hémorrhagie et il aseptise tellement la cavité suppurative que la fièvre tombe dès le premier jour et que la suppuration se tarit de suite.

Ce traitement des abcès du foie, consistant en antisepsie et en curettage, donne des succès se traduisant par 86.66 0/0.

M. Ledé lit un travail intitulé : *Des habitations des nourrices et des rapports des conditions d'hygiène de ces habitations avec la mortalité des enfants confiés à ces nourrices.*

Séance du 27 août.

De la toxicité des alcools.

M. Cadet de Gassicourt lit sur ce sujet une note de M. Colin dont voici le résumé :

L'usage modéré de l'alcool est relativement peu nuisible quand on introduit ce liquide dans l'économie par la voie digestive. On peut ainsi faire ingérer de fortes doses d'alcool aux gros mangeurs et aux animaux sans qu'ils présentent des signes d'intoxication. L'hydratation des alcools par les liquides que renferment les ingesta de l'estomac est une des causes de l'atténuation de leur toxicité.

On ne saurait considérer comme probantes les expériences faites par M. Daremberg qui s'est appliqué à étudier la toxicité comparée des différents alcools au moyen d'injections intra-veineuses.

Ces expériences sont, en effet, sujettes à plusieurs causes d'erreur. Ou bien le liquide a été poussé trop rapidement, ou bien il a été introduit trop vite dans le sang. Dans ces conditions, l'alcool précipite des flocons d'albumine du sang ; il peut ainsi donner lieu à la formation de petites embolies qui peuvent elles-mêmes causer des accidents mortels.

M. Lancereaux lit, au nom de M. Schneider-Preiswerk (de Bâle), une note ayant pour titre : *Nouveau moyen pour secourir les naufragés.* Ce procédé consiste à faire des insufflations d'air stérilisé dans le tissu cellulaire des parois thoraciques.

M. Le Roy de Méricourt fait ressortir les inconvénients de ce procédé qui présente, pour lui, de grandes difficultés dans son application.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 5 août.

Substance toxique extraite des capsules surrénales.

M. Gourfein. — La présence de substances toxiques, dans les capsules surrénales a été admise depuis longtemps, et M. Gluzinsky, a publié dernièrement le résultat d'expériences faites avec l'extrait glycérique de ces organes. Pour lui, ce produit est très toxique ; par injection, l'animal meurt de dyspnée progressive et de paralysie généralisée.

J'ai extrait des capsules surrénales une substance toxique qui est soluble dans l'alcool et qui résiste à la chaleur. Cette substance, quand on l'injecte sous la peau des mammifères, provoque de la gêne respiratoire qui va en augmentant progressivement jusqu'à la mort. Elle provoque également un affaiblissement des battements du cœur et une torpeur générale. Les animaux sont dans une immobilité complète ; cependant, ils ne sont pas paralysés, puisqu'une légère excitation mécanique les fait courir pendant quelques instants dans leur cage. A bref délai, survient la mort, par action de cette substance sans doute sur le système nerveux central. L'autopsie ne révèle, comme toute lésion, qu'une forte congestion pulmonaire.

MM. Guérin et **Macé** adressent une note sur l'antitoxine diphtérique, dont la substance active serait pour les auteurs de même nature que les ferments solubles qu'on réunit actuellement sous le nom de diastases.

Séance du 26 août.

Du rôle du foie dans l'action anticoagulante de la peptone.

MM. Gley et Pachon. — D'après les expériences faites par Schmidt-Mülheim en 1880, une injection intra-veineuse de peptone chez un chien enlève au sang de cet animal la propriété qu'il avait de se coaguler à la sortie des vaisseaux. G. Fano a montré, d'autre part, dès 1881, que si l'on mêle *in vitro* de la peptone à du sang extravasé, le sang conserve sa propriété coagulante. Donc l'action anticoagulante de la peptone ne s'exerce pas directement sur le sang. Mais il faut admettre que sous l'influence de la peptone, il se produit une réaction cellulaire de l'organisme au cours de laquelle est fabriquée et déversée dans le sang la substance anticoagulante.

Diverses questions se posent alors : quelle est cette substance anticoagulante ; comment se forme-t-elle ; où se forme-t-elle ? C'est à la solution de ce dernier problème que nos expériences se rattachent.

Un chien est morphiné et chloroformé (l'anesthésie au chloroforme et à la morphine n'exerce aucune influence empêchante sur l'action anticoagulante de la peptone). Nous pratiquons d'abord sur lui la ligature des lymphatiques venus du foie qui cheminent dans le hile de cet organe avec la veine porte et les canaux biliai-

res. Ensuite, par la veine saphène nous injectons la peptone dans la circulation.

La peptone administrée en solution à 1/10e dans de l'eau salée à 7 0/00. est, après avoir été filtrée et tiédie, injectée à la dose de 0 gr. 50 par kilog. d'animal.

Or, dans ces conditions, après ligature préalable des lymphatiques du foie, la peptone ne produit plus son action anticoagulante sur le sang; mais les effets mécaniques de cette substance continuent à se manifester, la chute de pression vasculaire sanguine consécutive à toute injection de peptone persiste.

Il ressort nettement de cette expérience que le foie fabrique la substance anticoagulante fournie par l'organisme sous l'influence de la peptone.

Il s'agit maintenant de déterminer le mode d'action de la ligature des lymphatiques du foie. Deux cas peuvent se présenter : ou bien la ligature oppose un obstacle mécanique au passage de la substance anticoagulante, laquelle serait déversée dans les capillaires lymphatiques intrahépatiques et ne pénétrerait qu'ultérieurement avec la lymphe du canal thoracique dans le torrent sanguin circulatoire ; ou bien la ligature agit par tout autre mécanisme. Mais deux ordres d'expériences permettent d'élucider la question.

D'une part, si la première opinion est conforme à la réalité, la ligature du canal thoracique doit produire le même effet que la ligature des lymphatiques du foie. Or, cela n'est pas. Il est vrai que nous avons pu constater après ligature du canal thoracique un certain arrêt dans l'action anticoagulante de la peptone, mais ce résultat n'est pas constant.

D'autre part, nous avons vu l'action anticoagulante de la peptone ne plus se produire dans plusieurs cas où la ligature du canal cholédoque avait été combinée avec celle de la vésicule biliaire et pratiquée préalablement à l'injection intraveineuse de peptone.

Dans ces conditions, il est logique d'admettre que la ligature des lymphatiques du foie agit par les modifications de pression qu'elle apporte à la circulation capillaire lymphatique de cet organe. Cette ligature, en troublant les conditions physiques de pression sous lesquelles vivent normalement les cellules hépatiques, apporte une gêne au travail réactionnel provoqué dans ces cellules sous l'influence de la peptone et constitue ainsi un obstacle à la fabrication de la substance anticoagulante.

Par ces expériences se trouvent, en définitive, établis les faits suivants :

1° D'une façon décisive, le rôle du foie dans la production de la substance anticoagulante élaborée par l'organisme sous l'influence de la peptone;

2° Le fait de la possibilité d'opposer une barrière à la manifestation de ce rôle de l'organe hépatique en modifiant les conditions physiques de ses cellules, ce que réalise la ligature des lymphatiques du foie.

CONGRÈS DE MÉDECINE INTERNE DE BORDEAUX

Séance du 8 au 14 août.

Rhumatisme blennorrhagique chez un nouveau-né.

M. Hausbalter (de Nancy) rappelle le cas d'un rhumatisme blennorrhagique observé au cours d'une ophtalmie purulente à gonocoques, chez un enfant de vingt-cinq jours. La lésion articulaire se localisa au genou droit et au poignet gauche. Mais elle prédominait au genou, qui était le siège d'un épanchement abondant de liquide louche, riche en leucocytes polynucléés. Le gonocoque fut décelé très nettement par la culture. Des faits semblables ont été cités par Lindermann et Deutschmann.

Ce cas porte à 11 le nombre des observations actuellement connues d'arthrite blennorrhagique chez le nouveau-né. De l'étude de tous ces faits, on peut conclure qu'il n'y a aucun rapport entre le développement de l'arthropathie et l'abondance de la suppuration oculaire.

Le rhumatisme blennorrhagique des nouveau-nés est généralement mono-articulaire ou oligo-articulaire. Le genou qui est presque constamment frappé se tuméfie davantage que chez l'enfant plus âgé ou chez l'adulte. L'état général est peu atteint. Il n'y a pas de fièvre; la durée de l'affection est d'environ un mois. Elle disparaît enfin sans laisser de trace.

Nécessité d'admettre l'intervention d'un élément rénal dans le diabète sucré.

M. le Secrétaire lit sur ce sujet, au nom de M. Lépine (de Lyon), une note ainsi conçue :

On admet actuellement qu'il existe un rapport assez étroit entre le degré d'hyperglycémie et celui de la polyurie. D'une manière générale cette relation n'est pas contestable ; mais il y a des exceptions : ainsi, ayant eu l'occasion, d'ailleurs fort rare, de saigner quelques diabétiques, j'ai trouvé, chez l'un d'eux, dans le sang 5.1 0/00 de sucre, tandis que l'urine, au même moment, renfermait 66 0/00 de sucre (300 grammes par jour); et chez un autre, également dans le sang, 4.5 0/00 seulement, tandis que l'urine, beaucoup plus riche que la précédente en sucre, contenait 74 gr. 0/00 (440 grammes par jour).

J'ai saigné beaucoup de chiens rendus diabétiques par l'ablation du pancréas ; frappé de la discordance existant entre le degré de la glycémie et celui de la glycosurie, j'ai pu établir que chez eux, dans les vingt-quatre heures qui suivent l'ablation du pancréas, *toutes choses égales*, l'hyperglycémie est en raison *inverse* de la polyurie. En d'autres termes, soient deux chiens dans les mêmes conditions de nutrition : si, dans les heures qui suivent l'opération, le sucre est facilement éliminé par le rein, la glycémie sera moindre. Cela est d'ailleurs tout naturel.

L'état de fonctionnement du rein est donc un élément fort important dans la constitution d'une hyperglycémie, et le degré de cette dernière peut varier non seulement en raison de modifications dans la production et dans la destruction du sucre, mais en raison de la perméabilité rénale.

Il est infiniment probable que, dans certains cas de glycosurie alimentaire ou nerveuse, l'hyperglycémie est fort peu considérable, et il n'est pas impossible que l'alternance d'un certain degré de glycosurie avec de l'albuminerie, que l'on observe chez certains malades névropathes, tienne surtout à des modifications du filtre rénal. Une autre conséquence des vues que je viens d'exposer, c'est que la proportion 0/00 du sucre de l'urine ne peut donner une idée exacte ni du degré de l'hyperglycémie, ni de la gravité du diabète.

Les microbes secondaires de la vaccine.

M. Le Dantec (médecin de la marine). — Il existe, à côté de l'agent spécifique encore inconnu de la vaccine, des agents connus qu'on appelle microbes secondaires.

Les microbes secondaires du vaccin sont nombreux. Il en est cependant une classe que l'on rencontre constamment dans la lymphe vaccinale, que l'on prenne celle-ci sur l'homme, la génisse ou le cheval : c'est la classe des staphylocoques. Ces staphylocoques ne sont pas nécessaires à l'évolution de la pustule vaccinale comme l'indiquent les expériences de Straus, basées sur l'inoculation d'une pulpe glycérinée vieille de trois mois et dépourvue de microbes secondaires. Cependant cette vieille pulpe donne naissance à une pustule où nous rencontrons des microbes secondaires en grand nombre. Ces microbes secondaires proviennent donc du terrain.

Nous avons eu la curiosité de voir s'il n'existait pas de différence entre les staphylocoques de l'homme et ceux des animaux. Le meilleur terrain pour les différencier est le sérum solidifié : les staphylocoques de la génisse liquéfient ce sérum ; les staphylocoques de l'homme ne le liquéfient pas.

Lorsqu'on inocule de la lymphe de génisse à un enfant, dès le

premier passage, déjà la moitié des colonies de staphylocoques appartiennent à la variété de staphylocoques humains ; et, après quelques passages, il ne reste plus trace de staphylocoques de génisse. Ce fait peut servir à expliquer pourquoi la vaccination de bras à bras donne naissance à des cicatrices beaucoup plus grandes que la vaccination animale, les staphylocoques de l'homme trouvant, sur un terrain humain, un milieu de culture plus favorable que les staphylocoques de la génisse.

Dans deux cas de *horse-pox* observés par le professeur Layet, nous avons étudié les microbes secondaires. Ici, les staphylocoques se rapprochent beaucoup de ceux de l'homme ; peut-être y a-t-il là une raison, en dehors de la virulence plus grande du *horse-pox*, pour expliquer la réaction plus violente de la lymphe chevaline sur l'enfant.

Beaucoup d'auteurs ont décrit ces diverses variétés de staphylocoques comme les microbes spécifiques du vaccin, mais il n'en est rien, car les cultures de ces divers microbes non seulement ne donnent pas naissance à la pustule caractéristique, mais la génisse elle-même n'est pas immunisée contre une vaccination ultérieure.

CONGRÈS DE GYNÉCOLOGIE, D'OBSTÉTRIQUE ET DE PÆDIATRIE

Traitement des atrésies acquises du vagin.

M. Heydenreich. — On sait combien sont difficiles parfois les interventions en cas d'atrésie du vagin. Certains opérateurs, cherchant le bout supérieur du vagin, ont pénétré dans la vessie ou dans le rectum. Je crois que, pour aborder la collection de sang menstruel formée en arrière de l'atrésie, c'est la voie rétrovaginale qui convient le mieux. Il faut inciser la paroi postérieure du vagin au-dessous du niveau de l'atrésie, en décollant ensuite de bas en haut le rectum d'avec le vagin. On arrive ainsi à la collection sanguine. Un aide, qui met son doigt dans le rectum, rend ce procédé encore plus facile. La collection est ainsi ouverte le plus aseptiquement possible et, en passant des sondes par l'ouverture, en l'empêchera de se rétrécir et de s'oblitérer.

J'ai, d'ailleurs, eu l'occasion de traiter par cette méthode une femme de 36 ans, chez laquelle une atrésie complète du vagin succéda à un accouchement laborieux. Un hématocolpos s'était formé ; c'est alors que j'intervins. Mon ouverture livra passage à 500 centimètres cubes de sang liquide, de couleur brune. Comme cette ouverture avait une tendance à se rétrécir, on y introduisit régulièrement des bougies. Aussi, les suites de l'opération furent-elles tout à fait simples.

La voie rétrovaginale me semble être la méthode de choix dans les cas d'atrésie acquise du vagin. On peut, par elle, arriver sur la collection avec sûreté et d'une manière méthodique.

Occlusions intestinales post-opératoires.

M. Leguen. — J'ai eu occasion de voir quatre faits d'occlusion intestinale post-opératoire.

Le premier cas se rapporte à une malade chez laquelle on avait fait une ovariotomie facile pour kyste de l'ovaire. Ce dernier, en effet, avait entraîné la chute du côlon transverse. Une bride anormale passait devant le côlon, et cette bride avait été entraînée par le côlon dans sa chute. Il en était résulté une imperméabilité de l'angle côlique gauche. La malade mourut.

Une seconde malade, après une cure radicale de hernie étranglée, eut aussi des accidents d'occlusion intestinale. On créa un anus artificiel, mais on n'arriva pas à éviter la mort. L'autopsie ne révéla pas la cause de cette occlusion ; il n'y avait pas trace de péritonite. On se trouvait en présence d'une occlusion par paralysie de l'intestin ; mais il n'y avait pas d'obstacle mécanique.

Le troisième cas et le quatrième ont eu une issue plus favorable. Dans l'un, il s'agissait d'une malade opérée pour annexite double de laparotomie. Les accidents d'occlusion qu'elle présenta disparurent sous l'influence d'injections rectales données à l'aide d'une longue canule rigide. Une nouvelle opération que j'ai dû faire sur cette malade m'a montré qu'il y avait des adhérences du côlon pelvien au pédicule gauche, et c'est sans doute là qu'il faut voir la cause des accidents d'occlusion consécutifs à l'opération.

La dernière malade avait de l'occlusion qui se rattachait à un tamponnement vaginal comprimant le rectum, au point d'effacer son calibre. Le tamponnement vaginal fut enlevé, et aussitôt cessèrent les accidents.

Un purgatif administré par principe le lendemain de l'opération permet de surprendre à ses débuts l'arrêt des matières. Le traitement de choix est la laparotomie précoce. L'abdomen ouvert, la première précaution est d'explorer le pédicule et les régions avivées pendant l'opération. Si l'on ne trouve rien là pour expliquer les accidents, on examinera l'angle gauche du côlon. L'anus contre nature est une opération à laquelle on n'aura recours que si l'on ne peut intervenir que tardivement, ou si, par la laparotomie, on n'est pas arrivé à trouver la cause des accidents.

Uréthrocèle et ses variétés.

M. A. Boursier. — Il y a deux variétés d'uréthrocèles : les vraies et les fausses.

Les vraies sont consécutives à des traumatismes uréthraux, et surtout à l'accouchement. On a alors de petites tumeurs qui communiquent assez largement avec l'urèthre et qui contiennent du muco-pus.

Les fausses uréthrocèles comprennent plusieurs variétés. Ce sont d'abord les tumeurs kystiques, comme kystes congénitaux du vagin et kystes hématiques, ouvertes dans l'urèthre secondairement, et renfermant du pus noir ou des matières rappelant le contenu des kystes sébacés. L'autre variété est constituée par des dilatations lacunaires de l'urèthre contenant un ou plusieurs calculs. On a alors des tumeurs non réductibles, dures, sonores au passage de la sonde métallique.

Si l'on se trouve en présence de l'uréthrocèle vraie, on incisera ou on excisera avec suture la poche uréthrale ; si c'est l'uréthrocèle fausse par kystes ouverts dans l'urèthre qu'on aura à opérer, on fera l'extirpation complète ; si, enfin, on a à traiter la dernière variété, c'est-à-dire les fausses uréthrocèles par dilatations lacunaires de l'urèthre, on fera l'extraction simple du calcul.

Duplicité apparente du pénis.

M. Lannelongue a vu, il y a quelques années, un enfant qui urinait à la fois par le pénis normal et par un appendice ombilical semblable à un pénis. Par les deux organes s'échappait un vrai jet d'urine, et le jet ombilical décrivait une courbe de plus de trente centimètres de diamètre. Je reconnus que cet enfant avait une hernie ombilicale produite par la persistance de l'ouraque. C'est là qu'il fallait rechercher l'origine de cette fistule urinaire. La mère nous raconta que la fistule s'était produite à la chute du cordon ombilical.

Quelques jours plus tard, l'enfant eut une bronchopneumonie dont il mourut. A l'autopsie, la vessie fut injectée, et je pus voir qu'elle se continuait par un canal large comme l'index, qui était l'ouraque, jusqu'à l'ombilic. Ce canal se prolongeait dans l'appendice extérieur, où il s'ouvrait par un méat oblique ressemblant au méat urinaire.

L'examen des pièces laissait facilement comprendre que les contractions vésicales par la miction pussent déterminer un courant dans le sens ombilical comme dans le sens uréthral. Ainsi s'explique le double jet qu'avait l'enfant de temps en temps. De plus, il est bien probable que l'anneau musculo-élastique de l'ombilic remplissait l'office d'un sphincter, et empêchait la miction de se faire par cet orifice dans la plupart des cas où le sujet éprouvait le besoin d'uriner par l'urèthre normal.

La conclusion pratique de cette observation, c'est qu'il ne faut procéder à la ligature du cordon qu'après s'être bien assuré qu'il n'y a aucune hernie dans la tige funiculaire.

Empyème des enfants.

M. Martinez-Vargas (de Barcelone). — J'ai observé cinq cas d'empyème chez l'enfant, dont deux ont été consécutifs à la pneumonie, et dont les trois autres ont reconnu une origine grippale.

Chez quatre de ces malades, j'ai vu un soulèvement de la région antéro-supérieure du thorax, ce qui constitue un signe certain de diagnostic. Dans les cinq cas, le liquide était du pus louable, crémeux, et les microbes qu'on rencontrait le plus étaient des pneumocoques. Dans deux cas, la ponction aspiratrice a été sans résultat; dans les trois autres cas, je ne l'ai pas même essayée. Mais, dans ces trois derniers cas, le traitement chirurgical, auquel j'ai eu recours, a été couronné de succès : après avoir fait l'incision des parties molles, j'ai réséqué un fragment de côte et introduit dans cette brèche un drain très court.

De plus, je ne crois pas qu'il faille abandonner l'irrigation de la plèvre. Cette irrigation est toujours inefficace, au point de vue de l'antisepsie de la cavité pleurale ; quelquefois même, elle est dangereuse, car elle gêne l'expansion pulmonaire et fait tousser. Au lieu d'être utile, l'irrigation de la plèvre semble retarder la guérison de l'empyème.

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

FACULTÉS

Faculté de médecine de Paris.

CONGÉS

Un congé pour l'année scolaire 1895-1896 est accordé à MM. les professeurs Germain Sée, Tarnier et Lannelongue.

M. Germain Sée sera remplacé par M. Charrin ; M. Tarnier, par M. Bar et M. Lannelongue, par M. Nélaton.

Sont chargés, pour l'année scolaire 1895-1896, de cours complémentaires : MM. les agrégés Lejars (*pathologie chirurgicale*), Bonnaire (*enseignement des élèves sages-femmes*), Maygrier (*accouchements*).

Faculté de médecine de Lille.

M. le docteur Charmeil, agrégé, est chargé, pour l'année scolaire 1895-1896, d'un cours complémentaire de clinique médicale des maladies des enfants et de syphilis infantile.

M. le docteur Ausset, agrégé, est chargé, pour l'année scolaire 1895-1896, des fonctions de chef de laboratoire des cliniques.

Faculté de médecine de Lyon.

Sont nommés chefs de clinique : MM. les docteurs Sallés (*clinique médicale*), Fabre (*clinique obstétricale*), Toy (*clinique des maladies mentales*).

Faculté de médecine de Montpellier.

M. le docteur Ducamp, agrégé, est chargé, pour l'année scolaire 1895-1896, d'un cours de médecine légale et toxicologie.

HOPITAUX DE PARIS

Concours de médecine.

Un concours pour la nomination à trois places de médecin des hôpitaux de Paris s'ouvrira le 18 novembre 1895. — Se faire inscrire du 14 octobre au 4 novembre prochain.

Concours d'aide d'anatomie.

Un concours pour la nomination à deux places d'aide d'anatomie à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux s'ouvrira le 15 octobre 1895. — Se faire inscrire du 9 au 28 septembre prochain.

Concours pour l'internat.

Le 13 décembre prochain, à deux heures et demie, à l'Hôtel-Dieu d'Orléans concours pour 4 places d'interne titulaire et 2 places d'interne provisoire.

Pour s'inscrire au concours et pour tous les renseignements, s'adresser au secrétariat des hospices d'Orléans.

Toutes facilités sont accordées aux internes pour les dissections, la médecine opératoire et les accouchements.

Règlement du concours de l'internat.

Le jury se compose de dix membres, dont quatre médecins, quatre chirurgiens et deux accoucheurs, tirés au sort parmi les médecins, chirurgiens et accoucheurs chefs de service des hôpitaux et hospices, en exercice ou honoraires, et parmi les médecins, chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux.

Les épreuves sont réglées comme il suit :

1° *Une épreuve d'admissibilité, consistant en une composition écrite sur l'anatomie et la pathologie*, pour laquelle il sera accordé deux heures ;

2° *Une épreuve orale sur les mêmes sujets*. Il sera accordé dix minutes à chaque candidat pour développer, après dix minutes de réflexion, la question qui lui sera échue.

A chaque séance de l'épreuve orale, l'une des questions arrêtées par le jury porte on peut porter sur un sujet d'accouchement ou afférent aux accouchements.

Le jury se dédouble, pour entendre la lecture des copies déposées par les candidats, en deux sections composées chacune de cinq membres : deux médecins, deux chirurgiens et un accoucheur, et chargées de juger : l'une, la question d'anatomie ; l'autre, la question de pathologie.

Chacune des sections du jury fonctionne séparément dans les formes qui vont être déterminées ci-après :

Les candidats rédigent leur composition d'anatomie et leur composition de pathologie sur deux cahiers séparés qu'ils réunissent ensuite sous une même couverture après les avoir signées l'une et l'autre.

Dans une séance spéciale, le président du jury, assisté de l'un de ses collègues, et en présence des candidats, tire au sort, et une à une, toutes les copies qui ont été déposées. Les noms que portent ces copies sont transcrits au fur et à mesure sur une liste et numérotés dans l'ordre du tirage. Les copies d'anatomie et les copies de pathologie sont séparées au fur et à mesure et placées, dans l'ordre du tirage, dans des cartons distincts.

Immédiatement après cette opération, il est procédé, par la voie du tirage au sort, à la constitution des deux sections du jury ; la première section constituée est la section d'anatomie.

La section d'anatomie entend la lecture des copies dans l'ordre normal établi par le tirage au sort ; pour la section de pathologie, l'ordre des lecture est déterminé ainsi qu'il suit : la liste numérotée des candidats étant divisée par moitié, les lectures commencent par la deuxième moitié pour se continuer ensuite par la première ; dans chacune de ces deux séries, on suit l'ordre du numérotage.

Lorsque la liste des candidats admis à prendre part à la deuxième épreuve a été arrêtée d'après l'addition des points obtenus dans chacune des deux sections du jury, celui-ci se reconstitue, par la réunion de ses deux sections, pour procéder, dans les formes ordinaires, à l'épreuve orale.

Pour la nomination des internes en médecine, la liste des candidats appelés à subir les épreuves de la deuxième série se compose d'un nombre triple de celui des places vacantes.

Par exception, les candidats qui doivent être appelés sous les drapeaux à la fin de l'année sont admis à subir consécutivement les deux épreuves réglementaires dès l'ouverture du concours.

A cet effet, les compositions sont mises à part, lors du tirage général des copies, pour être lues dans chacune des deux sections, dès les premières séances, dans les formes prescrites.

Cette lecture terminée, ces candidats sont appelés à subir l'épreuve orale dans les deux sections du jury réunies.

Ces deux sections se séparent ensuite pour entendre la lecture des autres candidats.

Le maximum des points à attribuer pour chacune des épreuves du concours est fixé comme il suit :

Pour la composition écrite :

Epreuve d'anatomie	15 points	30 points.
Epreuve de pathologie	15 —	
Pour l'épreuve orale		20 points.

Le jugement des épreuves terminé, le jury procède au classement des candidats. Le jugement définitif porte sur l'ensemble des épreuves de la première et de la deuxième série. Le jury se fait présenter, au moment de porter son jugement, les notes confidentielles qui ont été délivrées par les chefs de service aux candidats, depuis qu'ils remplissent les fonctions d'externes dans les hôpitaux.

Règlement du concours de l'externat.

Le jury se compose de huit membres, dont quatre médecins, trois chirurgiens et un accoucheur, pris exclusivement parmi les médecins, les chirurgiens et les accoucheurs des hôpitaux.

Les épreuves sont réglées ainsi qu'il suit :

Une épreuve orale sur une question d'anatomie descriptive. Il sera accordé cinq minutes à chaque candidat pour développer cette question après cinq minutes de réflexion ;

Une deuxième épreuve sur une question élémentaire de pathologie ou de petite chirurgie. Chaque candidat aura également cinq minutes pour traiter cette question, après cinq minutes de réflexion.

Le maximum des points à attribuer aux candidats pour chacune de ces épreuves est fixé à 20.

Les questions sont rédigées par le jury avant l'ouverture de la séance, et tirées au sort entre trois au moins. Les questions sorties sont les mêmes pour tous les candidats qui sont appelés dans la séance.

Pour le jugement des deux épreuves du concours, le jury se dédouble en deux sections qui sont chargées, l'une de juger l'épreuve d'anatomie et l'autre l'épreuve de pathologie. La section d'anatomie comprend deux médecins et deux chirurgiens; la section de pathologie deux médecins, un chirurgien et un accoucheur.

Les deux sections du jury sont déterminées par un tirage au sort effectué à l'ouverture de la première séance du concours.

Dans cette même séance, et immédiatement après la constitution des deux sections du jury, celui-ci détermine, comme il est dit ci-après, l'ordre dans lequel les candidats seront appelés à subir leurs épreuves devant chacune des deux sections.

La liste des candidats rangés par ordre alphabétique étant divisée en deux moitiés, un tirage au sort désigne celle des deux moitiés qui sera attribuée à la section d'anatomie et celle qui sera attribuée à la section de pathologie.

Il est ensuite fait, dans chacune de ces moitiés et d'après l'ordre alphabétique, des séries de cent, et un nouveau tirage au sort détermine l'ordre dans lequel ces séries seront appelées à subir les épreuves.

Ces séries, ainsi que l'ordre suivant lequel elles seront appelées à subir les épreuves, sont affichées immédiatement après la séance.

Chacune des deux sections du jury fonctionne ensuite séparément et dans les formes suivantes :

Il est mis, tout d'abord, dans l'urne les noms des candidats de la série désignée la première pour subir les épreuves et le sort indique, à l'ouverture de chaque séance, ceux d'entre eux qui doivent être appelés à traiter la question qui aura été extraite de l'urne. Les noms des candidats de la deuxième série seront mis dans l'urne après épuisement de la première série, et ainsi de suite jusqu'à extinction complète des séries.

Les deux sections échangent ensuite entre elles les parts qui leur ont été respectivement attribuées et le concours se continue dans les mêmes formes et dans le même ordre que précédemment.

Les épreuves terminées, le jury se reconstitue par la réunion de ses deux sections pour procéder au classement des candidats. En cas de partage des voix, celle du président du jury sera prépondérante.

Si, pour la première place, plusieurs candidats se trouvent, par le total de leurs points, classés *ex æquo*, le jury peut, pour faciliter le classement de ces candidats, avoir recours à une épreuve supplémentaire, que jugent les deux sections réunies.

NOUVELLES

Examens de chirurgiens-dentistes.

Un arrêté ministeriel, en date du 29 juillet 1895, porte que la Faculté de médecine de Paris procède aux examens qui déterminent la collation du diplôme de chirurgien-dentiste en deux sessions ordinaires, l'une dans le premier, l'autre dans le dernier trimestre de l'année scolaire. La date de chaque session est fixée un mois à l'avance par le doyen.

Laboratoire du service anti-diphtérique de Bordeaux.

Ce laboratoire fut créé par la municipalité en octobre 1894, sur l'initiative de M. le docteur Lande ; ce service, confié à M. le docteur Ferré, directeur, comporte le diagnostic bactériologique et la préparation de sérum.

Le service du diagnostic fonctionne depuis le 22 novembre 1894 régulièrement et depuis le 3 novembre irrégulièrement.

Des nécessaires contenant 2 tubes de sérum et une spatule sont déposés dans les commissariats et délivrés aux médecins seuls. L'ensemencement pratiqué, le nécessaire est envoyé à M. le docteur Ferré qui renvoie le diagnostic dans les 24 heures. Les rouages de l'administration municipale facilitent le service.

520 diagnostics ont été faits jusqu'au 1er août : 160 diphtéries pures, 215 diphteries associées, 145 cas de non diphtérie.

Le sérum a été distribué depuis le 26 janvier 1895. Trois chevaux sont actuellement immunisés : deux autres le seront à bref délai.

Préparé scrupuleusement en suivant la méthode de Roux, le sérum a des effets absolument comparables à ceux que donne le sérum préparé par l'éminent chef de service de l'Institut Pasteur.

Pour la ville de Bordeaux seule la mortalite brute est à l'hôpital de 10 0/0, en ville de 2 0/0, ce qui donne 6 0/0. M. Ferré attribue cette faible mortalité qui pourra être certainement encore réduite dans la suite à la combinaison de la pratique du diagnostic précoce et de l'injection de sérum.

IIe Congrès de Thalassothérapie.

Voici le programme du 2e Congrès de Thalassothérapie dont la première séance a lieu aujourd'hui à Ostende :

27 août. — A 8 heures du soir. Réception à l'hôtel-de-ville d'Ostende.

28 août. — A 10 heures. Séance d'inauguration et questions diverses. — A midi. Visite à l'aquarium. — A 3 heures. Questions diverses. — A 8 heures. Concert au Kursaal.

29 août. — A 10 heures. Discussion de la première question : *La phtisie pulmonaire au bord de la mer.* — A midi. Déjeuner offert aux Congressistes. — A 2 heures. Départ pour Middelkerke. Continuation de la discussion à l'hôpital maritime. — A 6 heures. Retour à Ostende. — A 8 heures. Bal gala au Casino.

30 août. — A 10 heures. Discussion sur la deuxième question : *Technique de la cure marine.* — A 3 heures. Séance de clôture.

31 août. — De 9 heures à 3 heures. Promenade en mer. — Inspection des différentes plages du littoral. — A 7 heures. Banquet.

Les cours libres de l'Université de Bruxelles.

Par décision du Conseil d'administration, les agrégés ont obtenu le droit de donner, dans leur Faculté, des cours libres sur les différentes matières de l'enseignement universitaire. Ouverts dans le courant du deuxième semestre de l'année académique qui finit, ces cours ont attiré un grand nombre d'élèves et, à la Faculté de médecine principalement, l'on a pu constater quels grands services ils sont appelés à rendre aux étudiants.

Aussi le Conseil d'administration a-t-il décidé, dans sa dernière séance, d'inscrire au programme général de l'année académique 1895-1896 toute une série de cours libres nouveaux.

Conseils pratiques aux hôpitaux.

M. Letulle, dans un mémoire lu à la Société de Médecine publique et d'Hygiène professionnelle, a formulé dans les dix commandements suivants les conseils pratiques de propreté qui devraient faire loi pour les malades dans nos hôpitaux :

I. Ne garder au lit ni bas, ni chaussettes, ni caleçon, ni pantalon, ni gilet (même de flanelle).

II. Ne cracher ni sur les draps, ni sur la table de nuit, ni par

66e Année. 9e Série. Tome II — N° 36 — 7 Septembre 1895

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : Dr F. de RANSE — Rédacteur en chef : Dr Pierre SEBILEAU

Secrétaire de la Rédaction : M. Em. EMERY

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 28, rue Vignon.

BULLETIN DU JOUR

Les « suspendus ».

Quoique cette « Gazette » soit un journal de médecine, ce n'est ni des tabétiques, ni des scoliotiques, ni des cyphotiques, ni même des orchi-épididymaires que j'entends parler ici. Ce n'est pas de pathologie qu'il s'agit : *paulo minora canamus.*

Il paraît donc qu'une tempête de « suspension », partie du carrefour de l'avenue Victoria, souffle en ce moment ses rafales sur le corps de l'internat : il y a déjà, à ce qu'on raconte, pas mal d'épaves à la côte. C'est grand malheur.

Voici l'histoire :

L'administration de l'Assistance publique défend à ses internes d'offrir, même d'une façon temporaire, le vivre et, à plus forte raison, le couvert aux personnes du sexe féminin qu'il leur plaisait naguère de convier au frugal festin de la « salle de garde » et à ses suites. Comme il n'y a pas en ce moment, par bonheur, d'interne-femme dans les hôpitaux de Paris, je ne crois pas qu'il ait été pris, par mesure préventive, contre cette espèce très rare de fonctionnaire médical hospitalier, des dispositions analogues.

Donc, les internes des hôpitaux n'ont le droit de recevoir ni leurs femmes (j'entends dire : les femmes qu'ils connaissent pour leur propre compte), ni les femmes de leurs amis, même quand ces amis sont de la fête. Et si, par aventure, ils prennent ce droit, le Conseil supérieur de l'Assistance publique inflige aux délinquants une suspension de traitement d'un, de deux ou de trois mois. Les internes, pour la plupart, sont jeunes gens qui tirent le diable par la queue (ce que la chaste administration n'a encore pris la précaution de défendre, je crois, ni à ses internes, ni à ses externes, quel que soit leur sexe) et la peine, naturellement, paraît dure aux condamnés.

Les internes ont quelquefois mauvaise tête, et ils ont tort; mais, la plupart du temps, ils ont beaucoup d'esprit, et ils ont raison. Au lieu de se révolter contre des mesures qu'à juste titre ou non ils ont trouvées iniques, ils viennent, paraît-il, de se réunir, de se cotiser, et de projeter une fête monstre à demi-organisée déjà, fête qui sera très publique et fera beaucoup de bruit, où l'on blaguera, croyez-le bien, la marâtre administration et qui, sans nul doute, amusera tout le monde. Les internes ont mis ou mettront les rieurs de leur côté; en France, il n'y a pas de meilleur moyen pour triompher. Ce sera, dit-on, la fête des « suspendus ».

J'aime bien dire ce que je pense et mes jeunes camarades le verront dans un instant; mais, pour le coup, dût le Conseil de surveillance en frémir d'horreur, je trouve qu'ils ont le droit de n'être pas tout à fait contents, les internes. Au moins, mes amis, n'allez pas prendre cela pour une excitation à la révolte. Riez, mais ne cassez rien, et, surtout, continuez, comme toujours, à faire votre devoir.

Eh bien ! oui, la mesure prise contre l'internat est, à mon avis, injuste et maladroite. Je m'excuse de la grande insolence.

Voici, d'abord, pourquoi je pense que cette mesure est injuste :

Les internes sont, pour la plupart, logés à l'hôpital ; ils sont censés ne pas avoir et, le plus souvent, n'ont pas, en réalité, de logement en ville. Presque tous « font salle de garde », déjeûnent, dînent et couchent à l'hôpital. Pourquoi donc leur refuser d'avoir, dans cet hôpital, à leur table ou dans leur chambre, les invités (mâles ou femelles) qu'il auraient à leur table ou dans leur chambre de ville, s'ils pouvaient avoir une table et une chambre de ville? Sont-ils donc, et, en conscience, pensez-vous qu'ils puissent être des pensionnaires de collège, ces jeunes gens dont l'âge oscille entre 25 et 30 ans? Non... Eh bien! alors... Car je ne pense pas qu'il puisse venir à l'esprit du Conseil de surveillance le plus austère de défendre la vertu de ses internes contre les atteintes qu'il peut leur plaire, à eux, de diriger contre elle.

Je vois bien l'objection : ces visites dégénèrent en parties bruyantes; on crie beaucoup, on chante fort, on danse lourdement, on trouble le repos des malades... Cela est malheureusement vrai quelquefois. J'ai vu, dans une salle de garde située au rez-de-chaussée, il y a quelques années (et l'affaire fit grand bruit alors), quatre ou cinq dames attablées à côté (quand je dis à côté!!!) d'autant d'internes

On faisait beaucoup de bruit et les femmes riaient à gorges déployées (j'orthographie au pluriel, car vous pouvez croire que je ne parle pas au figuré); les parents qui venaient, le jeudi et le dimanche, visiter les malades, assistaient, en passant, à ce spectacle quelque peu répugnant pour celui qui vient apporter quelques douceurs et donner quelques consolations à l'ami souffrant ou moribond. Que, dans des cas pareils, l'administration sévisse et sévisse avec rigueur : ce n'est que justice; qu'elle empêche le tapage, le scandale, les manifestations bruyantes ou visibles; qu'elle veille scrupuleusement au repos et à la tranquillité des malades confiés à ses soins et qu'elle proscrive par des mesures sévères tout ce qui peut troubler ce repos et cette tranquillité : c'est là, pour elle, un devoir absolu auquel elle ne doit et ne peut se soustraire sous aucun prétexte. Mais, comme de pareilles fautes sont rares, et comme la majorité des internes est la première à les condamner! Oui, je vous entends bien. Vous m'allez objecter que le droit, si vous le donniez, deviendrait vite une licence, que la tolérance entraînerait l'abus et que, si l'administration se mettait en pareils frais de condescendance, chacun en userait à suspens...oir que veux-tu (pour rester dans la note du sujet), et qu'il y aurait bientôt, en salle de garde, autant de femmes que d'internes (autant, pour le moins, étant donné qu'il existe, dans l'internat, un nombre trop respectable d'Orientaux avec les habitudes desquels il faudrait bien compter). Eh bien! voilà qui est vraiment méconnaître son monde... Des femmes! mais s'il y en avait d'une façon régulière en « salle de garde », ce sont les internes qui les chasseraient eux-mêmes; ils aiment trop la liberté, ces internes, pour s'empêtrer pareillement, croyez-moi, dans des jupons trop abondants et personne, au total, ne fait mieux qu'eux-mêmes chez eux la police des mœurs.

Je disais que les mesures prises par l'Assistance publique n'étaient pas, à mon humble avis, très heureuses. Voici pourquoi : les internes, à de rares exceptions près, remplissent leurs devoirs vis-à-vis des malades avec une exactitude, une ponctualité et un dévouement que personne ne peut leur contester; beaucoup font plus et mieux que le service qui leur est imposé, et passent dans les salles d'hôpital un temps que la plus sévère des administrations ne saurait exiger d'eux...

Eh bien! pourquoi les irriter, les décourager par des taquineries et des vexations que rien n'explique, mais que le règlement autorise? Ils connaissaient ce règlement au moment où ils ont subi les épreuves du concours, direz-vous, et ils doivent se soumettre à ses rigueurs. D'accord : le droit est de votre côté. Mais le règlement se laisse si bien violer (en voilà un, tenez, dont vous devriez, par prudence, défendre l'entrée chez les internes!) et il est si facile de l'oublier pour eux quand on l'oublie pour tant d'autres. Oui, pour tant d'autres, même, paraît-il, en ce qui concerne la visite des femmes. Qu'importe que celui-là vienne déjeuner en salle de garde à côté d'une dame qui lui plaît, — au moins pour quelques moments — quand il a employé dans la matinée trois, quatre ou cinq heures à étudier, à soigner et à panser ses malades? Pour moi, je ne cache pas mes préférences : j'aime infiniment mieux un interne qui vient, après midi sonné, partager son déjeuner avec une compagne (même non étudiante) qu'un interne qui, à dix heures, dès que le chef est parti, vient, seul, se reposer dans un fauteuil de la bibliothèque des fatigues qu'il ne s'est pas données. Je sais bien qu'il y en a de parfaits parmi les internes : quelques-uns se lèvent tôt, mangent tard, travaillent beaucoup et n'ont pas d'invitées... (*j'étais de ceux-là, autrefois, comme bien vous pouvez penser!*) mais, enfin! la perfection est rare et tout le monde ne peut pas l'atteindre. C'est la vie qui ne serait pas gaie, si tout le monde était parfait!

Et s'il fallait gager qu'au fond M. le directeur de l'Assistance publique, qui est, il faut bien en convenir, un homme très doux, très conciliant, très juste et très indulgent, si, dis-je, il fallait gager que M. Peyron pense un peu comme moi, sinon tout à fait, je le gagerais bien. Mais...

Il est un autre pari que je risquerais bien volontiers encore, mais que je gagnerais presque à coup sûr : c'est que, parmi les internes, quelques-uns vont, pour ce que je viens de dire de M. le directeur de l'Assistance publique, crier à la félonie. Eh bien! mes chers camarades, j'ai pourtant raison. Et vous penseriez et vous diriez comme moi, si, comme moi, vous aviez passé deux ou trois ans de votre existence dans cet hôpital de province où un administrateur deux fois vieux (étant donné son nom), et bien plus de fois solennel encore, interdisait aux internes, non pas seulement de convier des dames aux fraternelles agapes de la salle de garde (horreur!), mais où encore il était interdit de découcher, où l'on ne pouvait rentrer après dix heures qu'avec une permission envoyée, le matin même, à l'approbation de la sœur supérieure et où, à la fin de chaque année, se distribuaient avec pompe des récompenses de potache, non point à ceux qui tenaient de leurs chefs de service les meilleures notes, mais bien à ceux qui étaient réputés les plus sages, les plus dociles et les plus vertueux (en trois ans, j'ai gagné une médaille de bronze que j'ai perdue le soir même).... Ah! ces séances de distribution des prix, je ne les oublierai jamais. Il n'était point nécessaire, pour y prendre plaisir, d'avoir en récompense des livres, des médailles, des trousses, des louis d'or ou des bons points; non... les seuls discours de l'administrateur étaient pour nous un régal suffisant, et l'on y détachait avec joie ces impérissables sentences dont la moisson était si riche qu'elles faisaient pour toute l'année le bonheur de la salle de garde. Les murs en étaient couverts; chaque jour, au déjeuner, l'un de nous les relisait avec solennité et les livrait, toujours nouvelles, aux méditations de ses camarades. Pauvre vieux temps!...

Donc, à condition qu'il n'y eût ni bruit ni scandale et que les malades n'en souffrissent jamais, si peu que cela fût, je laisserais, si j'étais dans les honneurs de l'administration, les internes inviter des femmes à déjeuner, à dîner et même, Dieu me pardonne, à coucher. Et mes rigueurs, je les réserverais pour de tout autres choses bien autrement importantes, à mon avis. Je voudrais, par exemple, que les internes fissent toujours leurs gardes, au lieu de les confier, ce qui arrive quelquefois, à de jeunes externes souvent incompétents et surtout à « d'infantiles roupious » tout à fait incapables. Je voudrais que, pendant la période des vacances, les internes d'un hôpital ne prissent pas leur congé tous en même temps, comme cela se voit trop souvent. J'exigerais que le nombre des absents ne dépassât pas une proportion déterminée d'avance et calculée sur celui des provisoires disponibles... Bref, je voudrais que le service des malades fût continuellement assuré et toujours bien

fait. Et, pour le reste, je n'en aurais cure. En bonne conscience, qu'importe donc la façon dont les internes entendent la physiologie appliquée si, d'autre part, ils donnent à la clinique toute la science, tout le dévouement, tout le désintéressement dont ils sont capables !...

L'ancien directeur de l'Hôtel-Dieu, le *baudrier* qui soutenait, à l'époque où j'étais interne dans le dit hôpital, le sabre dont nous menaçait, à de rares intervalles, l'Assistance publique, cet homme, dont le « chic » ne se démentait jamais, mais qui, malgré les gants qu'il portait du matin au soir et, peut-être, du soir au matin, n'en prenait pas toujours assez — de gants — dans les lettres si imparfaitement aimables où il nous rappelait nos devoirs, pourrait bien dire que je suis mal venu à parler ici des gardes, moi qui les ai si mal faites autrefois. C'est vrai : j'ai péché une année sur quatre. Eh bien ! à cette époque, j'aurais dû être parmi les « suspendus ». J'aurais mieux fait mon service, sans nul doute, et je n'aurais pas eu, à la fin de l'année, en quittant mon impeccable directeur, une joie plus vive que celle que j'ai éprouvée.

Voulez-vous maintenant savoir la moralité de cette histoire? La voici : Plusieurs internes ont été punis pour avoir déjeuné dans l'hôpital à côté d'un individu supposé de sexe différent (car, en somme, personne n'y a été voir, sauf peut-être le délinquant, et, par ces temps où prospère le costume cycliste, l'erreur est tout à fait possible). Et d'un. — L'autre jour, dans un grand hôpital de Paris, où l'on m'appela pour une opération urgente, il y avait, m'a-t-on dit (je n'ai pas vérifié), 15 internes en vacances sur 17 !! Et de deux. — Mais le règlement a été appliqué et la vertu triomphe. *Parturiunt montes!...*

L'administration peut être tranquille à mon endroit :

Je ne verserai rien à la caisse des « suspendus ».

Pierre Sebileau.

TRAVAUX ORIGINAUX

Traitement de la luxation congénitale de la hanche.

Par le Dr Calot (de Berck).

(Résumé et conclusion d'une communication faite au Congrès de pædiatrie de Bordeaux, 1895.)

Avec Dupuytren, tous les chirurgiens considéraient la luxation congénitale de la hanche comme une maladie incurable.

En effet, les prétendues réductions de Humbert, de Morlez, de Pravaz, en France et de Paci, en Italie, sont 99 fois sur 100 des erreurs de diagnostic.

Cependant, il n'est pas impossible d'arriver par des manœuvres externes à la réduction.

Kirmisson y est arrivé 1 fois et Lorenz 2 fois, chez des enfants âgés de moins de 4 ans.

J'ai obtenu moi-même un succès complet chez une fillette de Tourcoing, âgée de 3 ans et 1/2, par les manœuvres externes.

L'enfant a été à la suite de la réduction immobilisée pendant près de 2 ans dans des appareils plâtrés. La réduction date actuellement de plus de 3 ans et se maintient.

L'enfant marche sans boiter.

Mais c'est sur des centaines de luxations congénitales que ces 4 succès incontestables ont été obtenus, et toutes les autres luxations n'ont pu être réduites. Ce n'est donc pas là que se trouve la solution du problème.

Elle ne se trouve pas non plus dans les méthodes qui, n'amenant pas la réduction, ont pour but de fixer la tête. La méthode sclérogène peut atténuer dans une certaine petite mesure, et dans certains cas particuliers, la boiterie si disgracieuse de ces malades, mais le seul fait de la non-réduction entraîne de telles modifications dans la statique du corps et aussi dans le jeu du fémur que la claudication reste très marquée; et personne, après avoir vu les malades ainsi traités, n'osera se déclarer vraiment satisfait du résultat obtenu.

Sans la réduction nous n'obtiendrons jamais que de tristes résultats; or, c'est l'intervention sanglante qui peut seulement nous donner cette réduction.

Les méthodes sanglantes sont presque discréditées en France; cela tient aux trois raisons suivantes :

1° L'opération apparaît grave si l'on s'en rapporte aux statistiques sincères ;

2° La réduction peut ne pas être obtenue sans que l'on sacrifie partie ou totalité de la tête fémorale, et la réduction ne se maintient pas ;

3° Dans le cas où la réduction s'est maintenue, le résultat fonctionnel était très médiocre.

La boiterie n'était pas supprimée.

Je réponds à la première objection en disant que l'opération va devenir des plus bénignes entre les mains de chirurgiens familiarisés avec la technique un peu spéciale de cette intervention. Je puis affirmer qu'on peut la faire en 15 à 20 ou 30 minutes, sans perte de sang.

Je l'ai faite 6 fois : 3 fois pour des luxations congénitales, 3 fois pour de vieilles luxations consécutives à la coxalgie.

Le choc a été inappréciable et les suites opératoires d'une bénignité extrême dans tous les cas.

En second lieu, la réduction peut et doit toujours être obtenue sans sacrifice de la tête du fémur. La tête n'est jamais trop grande, je dirai même que plus elle est grande plus les conditions sont bonnes pour le maintien de la réduction.

La réduction se maintiendra si la cavité creusée n'est ni trop grande ni trop petite et si la contention du membre est bien faite depuis les semaines qui suivent l'intervention.

Enfin, si le résultat fonctionnel n'a presque jamais été complet, c'est parce que les muscles ont été trop souvent sectionnés au moment de l'opération et, par l'incision antérieure, on respecte tous les muscles ; ou bien encore parce que le traitement orthopédique et gymnastique n'a pas été bien conduit ou assez longtemps continué après l'intervention.

Mon opinion est basée sur ce que j'ai vu à l'étranger et sur le résultat de mes recherches. Mon expérience personnelle n'est pas encore très étendue.

Mes trois opérations datent de trois mois, de quatre semaines et de trois semaines.

La première enfant marche depuis un mois sans béquilles, sans appareil et ne boite déjà plus.

Les deux autres vont se lever à la cinquième ou sixième semaine ; chez tous les deux, la réduction se maintient parfaite à l'heure actuelle.

Je ne crains pas de dire que les interventions sanglantes

donneront aux chirurgiens prudents et expérimentés une proportion de 19 guérisons orthopédiques sur 20.

Cependant, je reconnais qu'il est des cas où il sera presque impossible d'arriver à maintenir la réduction.

C'est lorsque la tête est par trop atrophiée ou que le col n'existe pas, ou que la tête est portée sur un plan antérieur à la diaphyse fémorale se rapprochant de l'épine iliaque. Dans les deux premiers cas, la tête aura de la tendance à sortir de la cavité, dans laquelle elle n'est que si imparfaitement encastrée.

Dans le troisième, on conçoit que la tête ne pourrait rester dans la cavité cotyloïde que si la cuisse se trouvait dans une très grande rotation interne; or, c'est là une condition défavorable à la marche.

Mais, à part ces cas exceptionnels, heureusement qui ne se rencontrent que 4 à 5 fois sur 100 et que l'on peut presque toujours, du reste, déterminer d'avance, les enfants atteints de luxation congénitale de la hanche pourront être guéris à l'avenir.

A L'ÉTRANGER

ALLEMAGNE

Prophylaxie contre la gravelle et la lithiase urinaire.

M. G. Rosenfeld a fait sur la prophylaxie contre la gravelle et la lithiase urinaire un travail dont voici le résumé :

L'usage interne de l'urée et du carbonate d'ammoniaque aurait pour effet d'empêcher les cristaux d'acide urique de se précipiter de l'urine à l'intérieur de l'organisme; ce serait un moyen prophylactique contre la gravelle et la production des calculs urinaires. Il se forme ainsi un urate d'urée facilement soluble, par la combinaison de l'acide urique et de l'urée. En administrant quinze grammes d'urée et deux grammes de carbonate d'ammoniaque par jour, l'auteur a vu que la quantité d'acide urique éliminée par les urines à l'état de dépôt cristallin baissait jusqu'à 30.5, 21, 11 et enfin 8.7 0/0. La dose de quinze grammes d'urée par jour permet l'ingestion de ce corps pendant assez longtemps sans qu'il en résulte le moindre trouble fonctionnel. L'urée peut être prescrite de différentes façons. On la donne en potion, en y mélant de la glycérine; c'est le meilleur moyen de la prendre.

Des angiômes caverneux.

M. Israel a présenté récemment à la Société de médecine berlinoise deux individus atteints d'une malformation spéciale de la face. La paupière supérieure, hypertrophiée, recouvrait entièrement la paupière inférieure. Il y avait au milieu de la joue, à la région zygomatique, des petites tumeurs en forme de crêtes de coq, et pigmentées.

De plus, ces malades présentaient des phénomènes de paralysie. L'un avait la région naso-labiale gauche paralysée, l'autre avait des régions innervées en partie par le facial également paralysées. Terminons en signalant des altérations trophiques consistant en une atrophie d'une moitié de la face. Un malade, en outre, présentait une tumeur caverneuse du poumon.

L'examen de ces deux sujets fit reconnaître à l'auteur qu'il se trouvait en présence de névropathes. Ils présentaient des accidents nerveux et leurs parents eux-mêmes en étaient atteints. Le père de l'un d'eux était épileptique, de même que sa sœur et une autre de ses parentes.

Ces néoplasmes étaient de nature difficilement reconnaissable par la seule clinique; mais l'examen histologique a démontré qu'on avait affaire à des angiômes caverneux.

De l'étranglement intestinal.

Tietze (*Arch. für klin. Chir.*, XLIX), à propos de l'étranglement intestinal, a cherché la solution de deux questions fort intéressantes.

Il a d'abord voulu savoir si le liquide du sac dans la hernie étranglée renfermait des bactéries. Aussi a-t-il examiné le liquide de neuf hernies étranglées. Deux fois, il a trouvé des staphylocoques, une fois une bactérie du groupe du colibacille, une fois enfin un diplocoque encore indéterminé. Les cinq autres cas ne présentaient pas de microbes. C'est précisément dans les cas où la durée de l'étranglement a été la plus courte que l'auteur a vu les microorganismes dans le liquide herniaire. Tietze nous apprend aussi que dans le liquide du sac des hernies étranglées, on trouve parfois des bactéries à un moment où les parois intestinales ne présentent pas d'altérations graves de structure et ne peuvent être, au point de vue clinique, considérées comme suspectes de gangrène, et que ces microorganismes, dont la présence est loin d'être constante, ne sont en tout cas pas en nombre suffisant pour motiver des mesures thérapeutiques spéciales. Le liquide a-t-il des propriétés bactériologiques? Il peut être, dit l'auteur, considéré comme stérile aussi longtemps que l'anse étranglée n'est pas frappée de gangrène; et même, ajoute-t-il, dans les cas de gangrène, le liquide du sac ne renferme pas toujours des germes vivants et capables de développement. Enfin, ce liquide possède des propriétés bactéricides à l'égard de certaines espèces de microorganismes, tels que le colibacille, mais n'a aucune action de ce genre sur les staphylocoques et les streptocoques.

La seconde question qu'examine l'auteur a trait aux altérations qui se produisent dans l'anse étranglée, le reste de l'intestin, les organes abdominaux et l'organisme entier. L'aspect de l'anse étranglée varie suivant le degré de constriction. Si celle-ci est assez forte, la gangrène frappe l'anse étranglée tout entière, par anémie artérielle. Si l'anneau d'étranglement est peu serré, il détermine une stase veineuse sans supprimer la circulation artérielle. L'anse est alors dilatée par du liquide et des gaz et ses parois sont le siège d'une stase sanguine considérable. La gangrène peut s'étendre en amont de l'obstacle; il faudra donc faire la résection assez haut. On voit parfois une hyperémie et des infiltrations sanguines de la muqueuse jusque dans l'estomac. Ces troubles circulatoires s'expliquent par la thrombose des vaisseaux mésentériques, qui peut s'étendre bien au delà du territoire vasculaire de l'anse étranglée.

Enfin, l'étranglement d'une portion d'intestin a comme conséquence la pénétration de bactéries intestinales dans les voies sanguines et lymphatiques. Le passage des bactéries dans le sang s'effectue même assez vite. Ainsi s'expliquent les altérations qui se produisent dans certains viscères comme le rein. L'albuminurie est, en effet, très fréquente et apparaît vite après l'étranglement. Les lésions pulmonaires consistent en foyers de pneumonie dus à la pénétration de matières alimentaires dans les voies aériennes.

Invagination intestinale avec perforation.

M. R. Himsten cite l'observation suivante, qui montre combien le médecin peut parfois être embarrassé en présence de certains cas et quelles peuvent être les difficultés cliniques et thérapeutiques de la pratique médicale. Il est appelé à voir un malade dont les antécédents personnels étaient indemnes de toute tare organique. Depuis deux jours, ce malade présentait des phénomènes vagues. Subitement, il avait été pris à ce moment d'une assez vive douleur au niveau de la région ombilicale, qui s'était calmée au bout de quelques heures, mais sans jamais disparaître complètement. Les choses étaient donc restées dans cet état pendant quarante-huit heures et c'est alors seulement que l'auteur voit le malade.

Celui-ci a son intelligence parfaitement conservée, parle et raisonne comme s'il n'était nullement malade. A part la douleur peu

vive signalée plus haut, la palpation permet de constater une sorte d'empâtement sous l'ombilic. Mais rien de plus. Ni symptômes généraux, ni fièvre, ni vomissements. Toutefois, depuis deux jours, la constipation est opiniâtre.

Dans ces conditions, instituer une thérapeutique était fort difficile. Malgré le petit nombre de symptômes, il fallait songer à des phénomènes d'occlusion d'ordre intestinal; cela était de toute évidence. Les purgatifs semblaient contre-indiqués, une intervention chirurgicale ne se posait pas. Tout au plus pouvait-on donner un peu d'opium.

Le lendemain, même constipation, même bon ensemble général. Mais le malade avait eu quelques vomissements bilieux et alimentaires. Enfin, le soir, subitement, distension abdominale énorme, douleur vive, pouls petit, filiforme, facies pâle, yeux excavés, nez effilé : tous ces phénomènes se montrent brusquement et, au bout de quelques minutes, survient la mort.

L'autopsie d'un cas d'occlusion accompagné de particularités si bizarres ne pouvait manquer d'offrir un grand intérêt.

En effet, on vit que l'intestin n'était nullement adhérent par suite des néoformations de fausses membranes. Il fallut le dérouler dans toute sa longueur pour rencontrer au niveau de la réunion du tiers supérieur et des deux tiers inférieurs de l'intestin grêle une invagination du bout supérieur dans l'inférieur, invagination simple, formée par conséquent de trois parois : l'externe constituée par l'intestin inférieur, l'interne par l'intestin supérieur, la moyenne par la portion d'intestin invaginé.

De plus, à quinze centimètres à peu près au-dessous de l'invagination, se trouvait un orifice creusé comme à l'emporte-pièce en pleine paroi intestinale; cette perforation était circulaire, avait un diamètre de dix millimètres et des bords sensiblement réguliers.

L'interprétation de ces faits semble être la suivante :

L'invagination avait précédé la perforation; c'est elle qui existait quelque temps avant que Himsten vit son malade. Elle se traduisait par des phénomènes non pas latents, mais obscurs, peu déterminés, qui ne permettaient que de songer à une occlusion plutôt incomplète, sans possibilité de porter un diagnostic précis.

Trois jours plus tard, l'apparition des brusques phénomènes de péritonite était provoquée par la brusque survenue de la perforation, qui enleva le malade en quelques minutes.

Quant à établir la pathologie de cette perforation, cela est assez difficile. Le malade, en effet, était auparavant absolument sain et son autopsie ne permit de trouver aucune lésion qui pût être capable de provoquer une perforation intestinale. La cause de la production de la perforation reste donc aussi obscure que celle de l'invagination elle-même. Peut-être faut-il voir dans l'invagination une condition provocatrice de la perforation. Mais on avouera que ce sont là des faits difficiles à éclaircir. L'intervention chirurgicale aurait peut-être, cependant, pu guérir l'invagination; mais, reste à savoir si elle aurait, du même coup, évité la perforation.

Contribution à l'étude statistique de la fièvre typhoïde, par M. Berg.

La statistique de M. Berg a été recueillie dans le service de M. Curschmann, à Leipzig; elle porte sur un très grand nombre de malades, tous fort bien observés au point de vue clinique et dont le total s'élève à 1.626. On peut en tirer quelques conclusions fort intéressantes relativement à l'évolution et la gravité de la fièvre typhoïde. Sans rapporter en détail tous les résultats de cette statistique, nous chercherons cependant à en faire ressortir les points principaux.

Ainsi, pour ce qui concerne l'âge auquel la dothiénentérie est le plus fréquente, nous voyons qu'elle s'observe principalement de quinze à trente-quatre ans, mais surtout de vingt à vingt-quatre ans (27 0/0); elle est très rare avant la cinquième et après la cinquantième année. La fièvre typhoïde atteint surtout les hommes, puisqu'ils sont frappés dans la proportion de 62.2 0/0, tandis que les femmes ne le sont que dans la proportion de 37.8 0/0.

Pour ce qui concerne la mortalité générale, elle est de 12.7 0/0, mais, chose depuis longtemps connue, cette mortalité varie dans de grandes proportions, du simple au double ou davantage suivant les années. Elle varie également suivant les âges et augmente d'une façon très régulière avec l'âge à partir de la dixième année jusqu'à soixante-dix ans (de 8 0/0 à 60 0/0); au-dessous de dix ans, elle est de 13 0/0.

Une autre particularité intéressante à noter, c'est l'apparition souvent tardive des récidives : c'est ainsi qu'il est fréquent de voir s'écouler vingt à quarante jours ou même davantage entre la chute de la température et les premiers symptômes de la récidive.

Quant à la durée totale de la fièvre typhoïde, elle a été dans la plupart des cas (73 0/0) de quatre semaines.

Une des complications les plus fréquemment notées a été l'hémorrhagie intestinale; celle-ci s'observe d'autant plus souvent que le malade est arrivé à un âge plus avancé. C'est au commencement et à la fin du deuxième septénaire que cette complication survient le plus habituellement, tandis que l'on admet généralement qu'elle est plus tardive. Sa gravité varie aussi suivant l'âge du malade; elle a été la cause de la mort dans 33.2 0/0 des cas qui se sont terminés fatalement. La perforation intestinale n'a été constatée que dans 2.2 0/0 de la totalité des cas; c'est du dixième au trentième jour que cet accident s'observe surtout.

La grossesse est le plus souvent interrompue par l'apparition de la fièvre typhoïde, puisque M. Berg n'a vu qu'une fois sur 15 cas l'avortement ne pas se produire : il s'agissait d'une grossesse de sept mois.

D'une manière générale, la statistique de l'auteur n'indique relativement que peu de différences entre la fièvre typhoïde des enfants et celle des adultes, surtout celle des personnes dans la force de l'âge : la durée, en particulier, est la même, la fréquence des perforations un peu plus grande; en tout cas, celle des hémorrhagies intestinales est moindre (3.8 contre 5.5 0/0). Une particularité à signaler cependant, c'est que les enfants présentent une grande tendance à la récidive, puisque cette évolution spéciale de la maladie s'observe, chez eux, dans 19 0/0 des cas, tandis que chez l'adulte elle n'est que de 12.5 0/0.

Telles sont les quelques particularités qui ressortent de la statistique de M. Berg; elle vaut ce que valent les statistiques en général, mais par les détails très précis que l'on y trouve, elle doit être considérée comme un document de valeur que l'on pourra consulter avec profit. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LIV, 2 et 3.)

Toxine et antitoxine cholériques, par M. Ransom.

On sait que l'injection, dans la cavité abdominale, de cultures virulentes du vibrion cholérique à dose mortelle provoque chez le cobaye une réaction fébrile suivie bientôt d'un abaissement de température qui se poursuit jusqu'à la mort de l'animal. Ces mêmes effets peuvent être obtenus chez le cochon d'Inde et le lapin, ainsi que l'ont montré les expériences de l'auteur, au moyen d'injections intrapéritonéales de cultures cholériques débarrassées de leurs vibrions; cependant les pigeons et les souris blanches sont réfractaires à ces injections.

M. Ransom a retiré des cultures cholériques privées de bacilles-virgules une substance solide douée des mêmes propriétés que les vibrions cholériques vivants et leurs cultures. Cette toxine (dont le procédé de préparation n'est pas décrit), administrée par la voie hypodermique, est mortelle pour un cochon d'Inde du poids de 250 grammes à partir de la dose de 0 gr. 07 : la mort survient au bout de six à quatorze heures. Une dose de 0 gr. 085 tue le cobaye en trente à soixante minutes, celle de 0 gr. 10 en quinze minutes. A des doses plus élevées l'animal succombe souvent même avant qu'on ait eu le temps de le replacer dans sa cage après l'injection. A doses égales, la toxine cholérique agit plus rapidement en solution concentrée que lorsqu'on se sert d'une solution diluée de cette substance.

Introduite par la voie gastrique, la toxine cholérique ne prodnit chez les cochons d'Inde aucune action nocive.

La substance dont il s'agit est toxique pour les lapins; mais les souris blanches et généralement aussi les pigeons lui sont réfractaires, bien que quelques-uns de ces derniers puissent se montrer sensibles à son action.

En immunisant des cobayes, des moutons et des chèvres à l'égard du virus cholérique au moyen d'injections soit de vibrions virulents du choléra, soit de leurs cultures filtrées, soit enfin de solutions de toxine cholérique, M. Ransom a obtenu du sang de ces animaux un sérum antitoxique capable d'enrayer les effets hypothermisants et mortels du poison cholérique. Ainsi que l'ont montré les nombreuses expériences de l'auteur, ce sérum parait actif, soit qu'on le mélange avec le liquide virulent ou toxique employé pour les inoculations, soit qu'on l'introduise seul sous la peau, l'inoculation cholérique étant faite en un antre point des téguments ou pratiquée dans la cavité péritonéale. Les animaux ainsi traités survivent à des doses de toxines cholériques qui tuent les animaux témoins n'ayant pas reçu de sérum antitoxique. Ce dernier est capable de sauver la vie de l'animal même lorsqne son injection sous la peau précède de quarante-huit heures l'inoculation intrapéritonéale de cultures cholériques virulentes.

Voici comment l'auteur formule les conclusions qu'il se croit en droit de tirer de ses expériences :

On peut obtenir des cultures cholériques débarrassées de leurs vibrions un liquide doué d'une action toxique spécifique.

Les symptômes morbides provoqués par ce liquide sont semblables à ceux que déterminent les inoculations de vibrions cholériques vivants.

De ce même liquide on peut retirer une substance solide dont l'action est identique à celle des cultures cholériques privées de bacilles-virgules.

Du sang de certains animaux sensibles à l'infection cholérique et ayant été immunisés vis-à-vis de cette dernière, on peut obtenir un sérum jouissant de propriétés antitoxiques à l'égard du poison cholérique et des vibrions vivants du choléra. (*Deutsche med. Wochensch.*, 18 juillet 1895.)

Contribution à la pathologie de la leucémie : priapisme et paralysie bulbaire leucémiques, par M. A. Kast.

L'apparition du priapisme au cours de la leucémie a déjà été observée par plusieurs auteurs. Dans la plupart de ces faits, encore peu nombreux, il s'agissait de malades se trouvant à une période avancée de la leucémie, chez lesquels était survenue brusquement et sans cause apparente une érection extrêmement pénible de la verge ayant persisté pendant des semaines malgré l'emploi de tous les moyens imaginables, en particulier des narcotiques. Dans une observation de Salzer (1879), le priapisme n'avait été nullement influencé par l'acte sexuel, suivi d'éjaculation, auquel le malade s'était livré bien qu'il eût été très douloureux. Dans l'observation de Longuet (1876), l'érection avait eu lieu en même temps que des hémorrhagies nasale et intestinale se produisaient. Dans celle de Klemme (1863), elle avait été précédée d'hémorrhagies graves. Dans tous les cas observés, le priapisme, après avoir persisté pendant un laps de temps plus ou moins prolongé, disparut spontanément en laissant après lui une impotence sexuelle complète et définitive.

Pour expliquer le priapisme leucémique, la plupart des auteurs ont admis l'existence d'un processus morbide localisé aux corps caverneux de la verge, notamment d'une thrombose. Mais, comme on n'avait jamais eu l'occasion de pratiquer l'examen anatomique du pénis chez les sujets qui avaient été atteints de priapisme leucémique, cette manière de voir était restée jusqu'ici dans le domaine de l'hypothèse. Or, l'observation de M. Kast vient combler cette lacune.

Elle a trait à un homme de quarante-deux ans, qui se réveilla un matin avec une érection extrêmement douloureuse. Celle-ci ayant duré toute la journée, le malade fit venir un médecin qui eut recours aux applications locales froides, aux suppositoires opiacés, et enfin aux piqûres de morphine, mais sans le moindre résultat. Lorsque M. Kast vit le malade, le priapisme persistait déjà depuis dix-huit jours. La verge se trouvait en érection complète; elle était dure, violacée, douloureuse au toucher, mais ne présentait nulle part de tuméfaction asymétrique. L'examen du système nerveux, du sang et des viscères donna un résultat négatif. Après avoir duré environ deux mois, le priapisme finit par se dissiper peu à peu de lui-même, mais le malade devint impuissant. A ce moment il présentait tous les symptômes de la leucémie : état caractéristique du sang, tuméfaction de la rate et du foie (les ganglions n'étaient pas augmentés de volume) On constatait sur les deux faces de la verge des indurations occupant toute la largeur de l'organe.

Le malade ayant succombé à la leucémie, M. Kast put procéder à l'examen anatomo-pathologique du pénis. Les mailles vasculaires de la portion spongieuse de l'uréthre étaient infiltrées de cellules offrant pour la plupart les caractères de lymphocytes mononucléaires. Quant aux corps caverneux, ils étaient transformés en une masse dure de tissu conjonctif; mais, à leur périphérie, il existait une infiltration cellulaire identique à celle de la partie spongieuse de l'urètbre. Il s'agissait donc de la production dans les tissus de la verge de thromboses leucémiques (thrombus blanc) ayant d'abord provoqué mécaniquement une stase sanguine et amené consécutivement une sclérose ou hyperplasie diffuse du tissu conjonctif.

L'auteur relate, en outre, un cas de leucémie, chez un homme de cinquante ans, dans lequel il a observé une parésie du facial intéressant les trois branches de ce nerf. La parésie se produisit d'abord du côté droit, puis elle disparut pour se montrer ensuite à gauche; il existait en même temps un affaiblissement considérable de l'ouïe et des bruissements d'oreille intenses. Le malade succomba au marasme. L'examen anatomique du cerveau ne permit de constater, comme lésions pouvant expliquer les phénomènes paralytiques observés dans ce cas, qu'une légère tuméfaction des cellules ganglionnaires appartenant aux noyaux du grand hypoglosse, du glosso-pharyngien, du pneumogastrique, du nerf auditif et du facial, ainsi qu'une atrophie dégénérative de date récente des fibres commissurales à la partie supérieure du bulbe. L'origine de ces altérations morbides est difficile à expliquer. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XXVIII, 1-2.)

Le cycle thermique des maladies infectieuses aiguës par M. E. Maragliano.

Ce travail est consacré à l'étude de l'évolution cyclique de la fièvre dans ses rapports avec les foyers morbides locaux se produisant dans les principales maladies infectieuses aiguës : pneumonie, rhumatisme articulaire, fièvre typhoïde, amygdalite folliculaire, érysipèle, rougeole et scarlatine.

Dans la *pneumonie fibrineuse*, la fièvre dure généralement sept jours entiers; mois ce cycle thermique correspond, d'après l'auteur, à un foyer pulmonaire unique ou bien à plusieurs foyers évoluant simultanément. Lorsque les infiltrations pneumoniques se forment successivement, la fièvre persiste plus longtemps. Dans ce cas, chaque nouveau foyer produit une réaction fébrile dont la durée, inférieure à sept jours, est de plus en plus courte. Enfin, on peut voir survenir des infiltrations pneumoniques même en l'absence de fièvre.

On admet généralement que dans la pneumonie la fièvre présente un type continu. Or, d'après M. Maragliano, cette continuité n'est qu'apparente. En effet, si on prend la température du malade d'heure en heure, on constate des rémissions parfois considérables et même des intermittences dans le mouvement fébrile.

L'expérience clinique a montré à l'auteur que les crises précoces sont plus fréquentes dans la pneumonie qu'on ne le pense.

C'est ainsi que, sur 264 pneumoniques observés par ce clinicien, la crise est survenue chez 2 malades an second jour, chez 3 an troisième, chez 7 au quatrième, chez 35 au cinquième et chez 41 au sixième jour de l'affection, c'est-à-dire que chez 88 malades elle a été observée avant le septième jour.

Le pronostic de la pneumonie ne dépend pas des maxima de la courbe thermique, mais de la continuité de la fièvre et de son existence même. Tant que dure l'infection, la fièvre se prolonge et, tant que celle-ci persiste, la pneumonie peut toujours avoir une issue fatale, quel que soit le degré thermique observé. La résolution du processus local n'a pas de rapport direct et constant avec le tracé thermique ; en effet, le processus local persiste toujours plus on moins longtemps après la cessation de la fièvre.

Dans la *bronchopneumonie* et la *pleurésie*, le cycle thermique ne peut être déterminé exactement à cause de l'origine microbienne complexe de ces affections.

Dans la *polyarthrite rhumatismale aiguë*, la fièvre est la somme des élévations de température correspondant à chacune des manifestations articulaires qui se produisent successivement. Le nombre des articulations atteintes simultanément n'exerce aucune influence sur la durée ni sur l'intensité de la fièvre. Un ou plusieurs foyers évoluant simultanément produisent une fièvre dont la durée ne dépasse jamais sept jours. La durée totale de la période fébrile n'a pas de limites fixes, attendu qu'elle dépend du nombre des poussées locales successives. La fièvre, dans le rhumatisme articulaire aigu, a d'ordinaire un caractère rémittent. L'intensité de l'infection est généralement en rapport direct avec le degré de la fièvre.

Chez les sujets atteints de *fièvre typhoïde*, il s'agit, comme on sait, de foyers infectieux multiples de l'intestin à diverses périodes de leur développement. M. Maragliano a eu l'occasion d'observer des cas de fièvre typhoïde — dont le diagnostic clinique a été confirmé bactériologiquement — dans lesquels la fièvre n'a duré exactement qu'un septénaire. Il s'agissait là vraisemblablement de foyers dothiénentériques uniques sans infections mixtes. Dans la fièvre typhoïde comme dans les autres maladies microbiennes aiguës, la fièvre est l'indice de l'existence et de l'intensité de l'infection. Lorsque tout symptôme d'infection générale disparaît, la fièvre cesse. Les récidives de la fièvre typhoïde provoquent une fièvre moins prolongée que celle qui accompagnait les foyers infectieux primitifs.

Un foyer unique d'*amygdalite folliculaire aiguë* provoque une fièvre qui dure d'ordinaire juste une semaine. Si un second foyer se forme, la fièvre qui l'accompagne est d'une durée moindre, de sorte que deux foyers successifs évoluent toujours en moins de quatorze jours. Dans l'amygdalite aiguë, la fièvre continue également tant que l'infection générale persiste.

La fièvre de l'*érysipèle* a une durée variable suivant qu'il existe un ou plusieurs foyers évoluant successivement. Un foyer primitif unique, quelle qu'en soit l'étendue, ne produit à lui seul qu'une fièvre de sept jours de durée. Les foyers qui se forment l'un après l'autre avant que les précédents se soient éteints, prolongent la durée de la fièvre, mais pas dans la même proportion. La fièvre revêt dans l'érysipèle un type subcontinu et cesse avec la crise. Mais lorsqu'il existe un grand nombre de foyers infectieux se formant successivement, le type fébrile devient légèrement rémittent et se termine en lysis. Chaque nouveau foyer érysipélateux provoque une fièvre de moins en moins prolongée. Les symptômes de l'infection générale sont en rapport avec l'existence de la fièvre et son intensité.

Dans la *rougeole*, lorsqu'elle est exempte de complications, la durée de la fièvre est également de sept jours. Il en est de même dans la *scarlatine*. Dans ces deux maladies, les symptômes de l'infection générale et la fièvre disparaissent en même temps.

Dans toutes les maladies infectieuses aiguës, il existe un rapport constant entre la fièvre et les symptômes de l'infection générale dus à la pénétration dans le torrent circulatoire des toxines élaborées par les microbes pathogènes. Cependant, il est encore un facteur qui intervient dans le développement de la fièvre : c'est la façon individuelle dont réagit à l'infection le système nerveux préposé à la production et la régulation de la chaleur animale. Les individus dont la nutrition et la force de résistance sont affaiblies réagissent à une même cause pyrétogène par une fièvre moins intense que les sujets robustes, tandis que ceux qui présentent des élévations thermiques considérables supportent mieux les infections graves.

On a vu que, dans la plupart des maladies infectieuses aiguës, telles que la pneumonie, l'amygdalite folliculaire, l'érysipèle, la rougeole et la scarlatine, la durée du cycle thermique correspondant à un foyer infectieux unique est exactement de sept jours. De ce fait, l'auteur conclut que, dans un seul et même foyer infectieux, il ne se développe qu'un nombre limité de générations du microbe pathogène et que, d'autre part, la réaction fébrile est provoquée non pas par les toxalbumines bactériennes, dont l'action toxique varie suivant le microbe spécifique dont elles proviennent, mais par les protéines contenues dans le protoplasma des bactéries : on sait, en effet, que ces protéines, quel que soit le microbe auquel elles appartiennent, exercent toujours sur l'organisme animal la même action pyrétogène et phlogogène.

Pour ce qui concerne les infections aiguës *abortives*, dans lesquelles la fièvre a une durée inférieure à sept jours, on a vraisemblablement affaire à des sujets particulièrement réfractaires au microbe pathogène, pour lequel ils constituent un mauvais terrain de culture. Quant au fait que chacun des foyers infectieux qui se forment successivement produit une fièvre d'une durée de plus en plus courte, il s'explique très bien par l'accoutumance du malade au poison bactérien, par une auto-immunisation progressive.

L'étude du tracé thermique dans les maladies infectieuses aiguës fournit au clinicien des indications importantes. Ainsi, chaque nouvelle ascension de la température indique la formation d'un nouveau foyer infectieux. Une fièvre dont le degré n'est pas en rapport avec l'intensité des autres troubles nerveux a une signification défavorable pour le pronostic. Un tracé thermique qui ne présente que peu d'oscillations permet de conclure que le poison bactérien pénètre dans le torrent circulatoire d'une façon continue ; par contre, l'existence d'oscillations considérables est l'expression d'intermittences se produisant dans l'activité des microbes pathogènes, fait qui est d'un bon augure au point de vue de l'évolution de la maladie. (*Berl. klin. Wochensch.*, 11 fév. 1895.)

ITALIE

Traitement chirurgical de l'hypertrophie de la prostate.

M. Isnardi, chirurgien de l'hôpital Cottolengo, à Turin, vient de réussir, d'une façon fort heureuse, une opération fort intéressante qu'il avait tentée dans le but de guérir le plus radicalement possible l'hypertrophie de la prostate.

On sait que déjà cette maladie avait été traitée par la castration ; cette dernière intervention offre des résultats très réels, mais les malades refusent souvent de s'y soumettre. Aussi était-il nécessaire de trouver une opération dont le succès fût le même, mais qui ne présentât pas les inconvénients, d'ailleurs purement moraux, de la castration.

Le but semble être la partie atteinte, si l'on en croit Isnardi. Ce chirurgien sectionne simplement le canal déférent et ligature ensuite le bout central et le bout périphérique. On voit que l'opération est simple et facile à exécuter.

Deux fois déjà Isnardi est intervenu de cette manière. Dans le premier cas, il s'agissait d'un cancer de la prostate, comme l'a montré l'autopsie. Aussi n'est-il pas justiciable de conclusions sur la valeur de l'opération d'Isnardi.

Le second cas, au contraire, est d'un très réel enseignement. Il

s'agissait d'un homme de soixante-douze ans, atteint depuis un an de troubles graves dus à une hypertrophie de la prostate. Il souffrait, en effet, de rétention et d'incontinence d'urine. Le 1er mai 1895, Isnardi sectionne le canal, et ligature ensuite les deux bouts périphérique et central. Peu de temps après, le 14 juin, l'auteur présente ce malade guéri à l'Académie de Turin.

Le changement est très appréciable. La rétention et l'incontinence ont absolument disparu ; et même le malade peut rester sans uriner la nuit pendant six à sept heures. De plus, les urines rendues sont tout à fait différentes. Auparavant, elles étaient purulentes, contenaient même du sang. Aujourd'hui, elles sont limpides, tout à fait normales. Tels sont les résultats fonctionnels ! les résultats physiques ne sont pas moindres. Le toucher rectal, en effet, ne laisse plus sentir la tuméfaction prostatique ; en un mot, tous les symptômes de l'hyperthrophie prostatique se sont amendés.

Il est intéressant aussi de savoir ce que sont devenus les organes génitaux après cette opération quoique le fait ait moins d'importance immédiate. Le canal déférent présente des nodosités au niveau de la petite cicatrice opératoire ; l'épididyme est diminué de volume, la consistance est cartilagineuse. Enfin, le testicule est atrophié de moitié. L'auteur fait remarquer que ce sont précisément là les lésions que présente l'épididymite blennorrhagique chronique par oblitération inflammatoire du canal déférent.

L'importance de cette opération n'échappe à personne. On sait en effet combien est épineux le traitement de l'hypertrophie de la prostate. La sonde est, comme on l'a dit, une arme à double tranchant ; elle peut occasionner nombre d'infections, et il est incontestable que souvent les prostatiques mal sondés, sans l'asepsie rigoureuse qui s'impose, sont sous le coup des plus graves accidents. Bien des auteurs même prétendent que les cystites et pyélo-néphrites prostatiques sont le plus souvent dues à une sonde malpropre.

La gravité est encore accentuée par le facile développement des microbes dans l'urine stagnante.

On évite donc par l'opération d'Isnardi bien des mécomptes ultérieurs.

De plus, le traitement est radical et définitif, et c'est un avantage sur lequel il est à peine besoin d'insister, que de guérir en un mois une affection que l'on traite d'ordinaire pendant des années.

RUSSIE

Sur une panophtalmie bacillaire à forme clinique spéciale,
par MM. F. Evetzky et N. Berestnew.

Le cas de panophtalmie dont MM. Evetzky et Berestnew donnent la description a été observé par eux chez une femme atteinte de cataracte sénile double. L'œil droit fut opéré avec succès ; quant à l'œil gauche, qui était atteint de conjonctivite et de dacryocystite chroniques, l'extraction du cristallin se compliqua de l'issue d'une petite quantité de corps vitré et amena à sa suite une panophtalmie, bien que l'opération eût été précédée d'un lavage minutieux du sac lacrymal après incision de la caroncule et dilatation du canal au moyen de la sonde.

C'est le second jour après l'opération qu'apparurent les premiers symptômes de panophtalmie. Celle-ci débuta par la production sur l'iris, près de la plaie opératoire, d'un exsudat fibrineux se présentant sous la forme d'un petit flocon blanc ; bientôt une iritis se déclara. Le processus inflammatoire ayant envahi rapidement les parties profondes de l'œil, on fut obligé d'énucléer le bulbe oculaire, six jours après l'extraction de la cataracte.

Dans ce cas, outre les symptômes habituels de la panophtalmie, tels que congestion conjonctivale intense avec œdème, douleurs oculaires et cécité, on nota, comme phénomènes insolites, l'intégrité de la cornée, l'absence de suppuration et l'apparition d'un abondant exsudat fibrineux qui remplit rapidement la chambre antérieure, donnant à la cornée un aspect laiteux qui tranchait sur le fond rouge de la conjonctive oculaire enflammée.

L'examen bactériologique démontra l'existence, dans l'exsudat de la chambre antérieure ainsi que dans le corps vitré, la couche interne de la choroïde et le nerf optique, d'un microbe particulier dont on put obtenir des cultures pures et dont les caractères étaient très analogues, sinon identiques, à ceux du *bacillus salivarius septicus*. Ce bacille fut constaté également dans les produits de sécrétion du sac lacrymal et dans la cavité buccale de la malade.

L'inoculation des cultures de ce microorganisme dans la chambre antérieure de l'œil des lapins ayant provoqué chez ces animaux des lésions oculaires semblables à celles qui ont été observées chez la malade, il paraît légitime d'en conclure que le bacille en question a été la véritable cause de la panophtalmie décrite par MM. Evetzky et Berestnew. (*Med. Obozr.*, XLIII, 10.)

Que deviennent les bacilles-virgules dans le lait frais ?
par M. F Basenau.

Selon quelques auteurs, le lait frais posséderait des propriétés bactéricides : Hesse et Weigmann déclarent que les bacilles-virgules périssent dans le lait frais en moins de douze heures ; par contre, Kitasato, Heim, Uffelmann ont pu démontrer que des bacilles-virgules, qui avaient séjourné de un à six jours dans du lait, étaient encore vivants au bout de ce laps de temps.

Or, M. Basenau a entrepris sur ce sujet, dans le laboratoire de M. le professeur Forster, à Amsterdam, de nouvelles recherches à la suite desquelles il se croit autorisé à formuler les conclusions suivantes :

Le lait frais ne possède pas de propriétés bactéricides vis-à-vis du bacille-virgule.

Les bacilles cholériques restent vivants dans du lait frais, ne contenant que très peu de microbes, pendant trente-huit heures et jusqu'au moment de la coagulation ; ils peuvent également s'y multiplier dans les mêmes conditions.

Dans un lait riche en bactéries, le bacille de Koch vit encore au bout de trente-deux heures et même après la coagulation. (*Nederl. Tijdschr. v. geneesk.*, 18 mai 1895.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 septembre.

Valeur hypnotique du trional chez les enfants.

M. Cadet de Gassicourt lit sur ce sujet, au nom de M. Moncorvo (de Rio-de-Janeiro), un travail dont voici le résumé :

Le trional peut être employé avec succès chez les enfants de tous les âges et même chez les nourrissons. Il combat efficacement l'insomnie dans différentes affections comme la malaria, les fièvres éruptives, la tuberculose subaiguë ou chronique, et, d'une façon générale, dans tous les cas où la perte de sommeil est liée à des maladies chroniques douloureuses. Parmi celles-ci, il faut citer encore le mal de Pott, les lésions osseuses.

Les jeunes sujets supportent parfaitement le trional. Celui-ci n'a jamais donné lieu au moindre inconvénient, même quand on l'employait plusieurs jours de suite.

M. Moncorvo administre le trional dans du lait chaud et sucré à la dose de 0 gr. 20 à 1 gramme par vingt-quatre heures, suivant l'âge des enfants malades.

LES LIVRES

Société d'Éditions scientifiques, place de l'Ecole-de-Médecine, 4, rue Antoine-Dubois, Paris.

Le paludisme, étude de quelques-unes de ses causes, sa prophylaxie et son traitement, par le Dr A.-F. Dubergé, médecin principal de la marine en retraite. Un volume in-8 de 464 pages.

L'auteur de ce travail a mis à profit sa longue pratique maritime et coloniale, ainsi qu'une foule de documents épars.

Le but principal de cet ouvrage, essentiellement pratique, est le traitement soit prophylactique, soit curatif du paludisme; mais il était impossible de fixer la prophylaxie sans étudier les causes qu'elle doit combattre.

A ce point de vue, l'auteur étudie particulièrement le sol fébrigène, l'ingestion d'eau palustre, le marais nautique, le paludisme héréditaire et l'intoxication palustre par la lactation.

Dans la prophylaxie, tous les moyens d'assainir le sol fébrigène sont passés en revue, et la prophylaxie thérapeutique dont l'étude est si importante par ce temps de voyages d'explorations, d'expéditions coloniales et de grands travaux, est exposée avec un soin particulier.

Dans la deuxième partie: le traitement du paludisme, l'auteur combat l'emploi trop exclusif de la médication spécifique; il insiste sur la nécessité d'une thérapeutique mixte et le traitement attentif de toutes les associations morbides.

Des chapitres spéciaux sont consacrés à la fièvre intermittente simple, aux manifestations larvées du paludisme, aux fièvres continues ou rémittentes palustres, aux différentes variétés d'accès pernicieux, à l'anémie et à la cachexie paludéenne, aux interventions chirurgicales que peut nécessiter l'hypermégalie paludéenne et au traitement du paludisme dans ses rapports avec la chirurgie.

L'emploi du quinquina et de ses dérivés et la pratique des injections hypodermiques de quinine sont étudiés avec beaucoup de soin.

Les accidents dus à l'abus de la quinine ou à l'intolérance du malade, qu'on ne trouve guère décrits que dans des thèses et des articles de journaux, sont, dans cet ouvrage, l'objet d'une étude assez importante.

Ce livre, très correctement écrit, offre un intérêt réel et ne fait double emploi avec aucun autre ouvrage; il nous paraît appelé à rendre de grands services à la pratique.

Des dégénérescences secondaires du système nerveux, dégénérescence wallérienne et dégénérescence rétrograde, par le Dr Gustave Durante, ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris. 1 vol. in-8 raisin de 250 pages, 7 figures intercalées dans le texte.

Dans cet ouvrage, le Dr G. Durante expose et défend des idées encore toutes nouvelles en se basant sur des faits qui, si quelques-uns ont été l'objet de mémoires partiels, n'avaient jamais été jusqu'ici, il faut le dire, présentés au public médical dans un travail d'ensemble aussi complet, permettant d'en tirer des déductions aussi générales.

La loi de Waller a eu, dans l'étude de l'anatomie et de la pathologie des centres nerveux, une influence des plus fécondes. Mais, à côté des faits qui relèvent de cette loi, il en est d'autres, encore mal connus, qui semblent y échapper et où la dégénérescence secondaire du tube nerveux, loin de se limiter au bout périphérique, intéresse également le bout central demeuré en rapport avec le centre trophique, peut même, en certains cas, dépasser ce centre pour se propager au neurone suivant. Ce sont les altérations de ce bout central que le Dr Durante s'attache à étudier sous le terme de dégénérescence rétrograde.

Il a, dans ce but, non seulement recueilli tous les faits publiés jusqu'ici sur ce sujet, mais encore analysé et discuté de nombreuses observations éparses dans la littérature sous les titres les plus divers et qui semblent se rattacher à cet ordre d'idées.

En s'appuyant sur ces nombreux documents et sur des observations personnelles, l'auteur cherche à établir avec beaucoup de soin les caractères histologiques, la marche, l'évolution de cette dégénérescence, en mettant en relief les points qui la séparent de la dégénérescence Wallérienne, mais il n'a pas borné là son étude et, après avoir discuté les diverses hypothèses que soulève la pathogénie de cette dégénérescence, il s'est efforcé de mettre en évidence, au cours de chapitres des plus suggestifs, quel rôle important elle paraît jouer dans le développement de nombreuses affections du système nerveux, telles que le tabés, la sclérose latérale amyotrophique, les scléroses combinées, etc., etc.

Tous ceux qui s'occupent de neuropathologie liront avec le plus grand profit et le plus vif intérêt l'ouvrage du Dr Durante et, s'ils ne partagent peut-être pas toutes les convictions de l'auteur, il ne lui en sauront pas moins gré d'avoir mis au point et cherché à élucider, dans un travail d'ensemble qui faisait jusqu'ici défaut, une question si importante, si peu connue, bien qu'à l'ordre du jour, en attirant l'attention sur des faits qui peuvent jeter une lumière toute nouvelle sur un grand nombre de questions obscures et encore vivement controversées.

Traitement de l'alcoolisme et de la dypsomanie, par le Dr Uldaric Bauzàn. 1 vol. in-8° de 62 pages, prix: 2 fr. 50.

La question de l'alcoolisme passionne de plus en plus les nations civilisées.

L'Angleterre, la Belgique, les Etats-Unis, la Suède, la Norwège et la Suisse possèdent des établissements de réforme qui deviennent excessivement importants et dans lesquels on obtient des résultats forts satisfaisants.

L'Angleterre et la Suisse possèdent même une législation spéciale permettant d'interner les ivrognes invétérés quoique n'ayant commis aucun délit.

De tous ces moyens, le plus efficace pour déraciner le mal est d'en divulguer les désastreux effets: dépopulation, folie, etc., tout en donnant un remède facile contre ce terrible fléau.

Tel est le livre du docteur Bauzan, basé sur une longue observation et des résultats indiscutables.

Memento-formulaire de poche de posologie et thérapeutique infantiles, par M. le Dr H. Dauchez, ancien chef de clinique adjoint de la Faculté, ancien interne de l'hôpital des Enfants malades, ancien président de la Société médicale du VIe arrondissement, lauréat de l'Académie (hygiène de l'enfance). Préface de M. le Dr Ferrand, médecin de l'Hôtel-Dieu. In-16 jésus de 96 pages. Prix: 2 fr. 50 broché et 3 fr. 50 relié, peau souple.

La première qualité que doive posséder un formulaire de thérapeutique, surtout un formulaire de thérapeutique infantile, est d'être clair, précis, concis et facile à consulter.

Or, ces qualités ont été plus particulièrement visées par M. le Dr Dauchez dans son *Memento-formulaire de poche* où sont condensés par *ordre alphabétique* les médicaments usuels et les méthodes par lesquelles l'enfant « subit » sans le vouloir l'influence thérapeutique (frictions, fumigations, bains, injections hypodermiques).

Pendant quatre années passées à l'Hôpital des Enfants comme chef de clinique de M. le professeur Grancher, comme interne de M. le Dr Labric et du regretté Dr Archambault, l'auteur a pu faire un choix de formules simples et faciles à retenir. Chaque substance s'y trouve placée par ordre alphabétique. *Une seule* formule s'y trouve adjointe pour ne point laisser d'incertitude au médecin chez qui l'embarras du choix n'est pas la moindre des difficultés.

Enfin l'action et l'indication thérapeutiques ont été soigneusement notées en regard de chacun des médicaments simples ou composés. Une mention désigne ceux dont l'emploi pourrait présenter quelque péril.

Ces derniers (hâtons-nous de le dire) sont peu nombreux, car le Dr Dauchez a généralement tenu rigueur aux substances capables d'entraîner des accidents ; s'il a fait exception pour quelques-unes dont l'administration est parfois nécessaire, il les a soigneusement signalées à la prudente attention de ses lecteurs.

Quant aux médicaments inutiles qui encombrent les formulaires, M. Dauchez les a éliminés impitoyablement.

Pour rester *pratique et avant tout pratique*, l'auteur a condensé dans son travail les conseils et les enseignements inédits de son maître, M. le Dr Labric, bien connu des fervents de la médecine infantile et qui pourtant, durant vingt-cinq ans, n'a fourni qu'un enseignement purement oral à de nombreuses générations d'élèves.

Disons en terminant que, par son *format de poche*, ce travail rendra à tous les praticiens craintifs, ou peu familiarisés avec les doses thérapeutiques à prescrire aux enfants, un réel service.

Le lecteur trouvera, en outre, à la fin du memento formulaire, un chapitre relatif aux *empoisonnements* et aux *contre-poisons*, suivi d'un tableau synthétique indiquant les doses maxima des substances les plus dangereuses de 1 à 5 ans — de 5 à 10 ans — de 10 à 15 ans.

Division du formulaire :

CHAPITRE I. — Introduction. — Dosage — memnotechnique. — Véhicules. — Modes d'administration. — Fumigations. — Inhalations. — Frictions. — Conseils pratiques.

CHAPITRE II. — Cent quatre-vingt-dix formules (action thérapeutique, posologie. — Indications).

CHAPITRE III. — Empoisonnements et contrepoisons.

CHAPITRE IV. — Tableau synthétique des substances dangereuses (dose maxima).

Table des matières par ordre alphabétique des maladies avec renvois aux formules.

Chez L. Bataille et Ce, éditeurs, 23, place de l'Ecole-de-Médecine.

L'onanisme chez la femme (6e édition), par le Dr POUILLET, 1 vol. in-18 jésus. Prix : 3 fr. 50.

Avec un courage digne d'éloge, l'auteur n'a pas craint de s'attaquer à un sujet aussi scabreux et de le traiter scientifiquement dans tous ses détails, formes, causes, figures, conséquences, traitement. Il a fait là une étude philosophique et médicale, s'adressant à la fois au moraliste et au médecin. Laissant de côté une fausse pudeur, il a mis à nu les causes et les effets terribles de ce vice si répandu, et si peu connu cependant, personne n'ayant osé le montrer au grand jour dans toute son horreur. La lecture de cet ouvrage peut être utile aussi bien au médecin dont elle dirigera bien souvent le diagnostic qu'au sein des familles où elle servira à éviter on à reconnaître ce vice cause de tant de malheurs.

Le nombre successif d'éditions qui se sont si rapidement succédées est d'ailleurs une garantie du haut intérêt que présente cet ouvrage.

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

NOUVELLES

Congrès des aliénistes.

Au moment de clore sa session à Bordeaux, le Congrès des aliénistes et des neurologistes de langue française a décidé que le Congrès de 1896 se tiendrait à Nancy. Le professeur Pitres, doyen de la Faculté de médecine de Bordeaux, en a été nommé le président; le docteur Lallement, médecin des asiles de Nancy, secrétaire.

Le projet de loi sur les universités.

Le ministre de l'instruction publique a fait signer le projet de loi relatif à la constitution des universités, et qui complète la loi de 1893.

Aux termes de ce projet, les corps des Facultés institués par la loi de 1893 et déjà pourvus, par cette loi, de la personnalité civile, prennent le nom d'*universités*.

Les droits d'études, d'inscriptions, etc., seront attribués à chaque université et affectés aux dépenses de laboratoire, bibliothèque, création de nouveaux enseignements. Mais les droits d'examens, de diplômes continueront à être perçus aux frais de l'Etat.

Hôpitaux militaires.

Le ministère de la guerre vient de faire éditer par l'Imprimerie nationale une annexe au Formulaire pharmaceutique des hôpitaux militaires.

A côté d'un certain nombre de médicaments supprimés, figurent dans cette annexe des médicaments nouveaux, par exemple le salicylate de bismuth, benzoate de lithine, naphtol, pilules de chlorhydrate basique de quinine, salol, etc. Plusieurs médicaments sont mis à l'essai : acide benzoïque, lactique, ergotinine, benzo-naphtol, tannate de pelletiérine, bromure de sodium, sulfonal, thymol, etc.

Infirmiers militaires.

De nouvelles dispositions vont être notifiées aux commandants de corps d'armée relativement au mode de recrutement des sections d'infirmiers militaires.

Dorénavant, les conscrits désignés pour ce service, au lieu d'accomplir préalablement une année de service dans les régiments d'infanterie, seront incorporés *directement* dans les sections à l'appel de la classe.

Ils recevront néanmoins, dès leur arrivée, l'instruction militaire jusqu'au 10 février. A cette date, on les répartira entre les divers établissements hospitaliers du territoire.

Admission à l'Institut Pasteur.

Le Conseil général de la Seine,

Considérant que l'administration préfectorale a fait parvenir aux mairies des instructions nombreuses indiquant les formalités à remplir pour faire admettre les personnes mordues par un chien enragé à l'Institut Pasteur ; que ces instructions ne sont pas à la portée du public, qui en ignore la teneur ; que, lorsqu'un accident se produit, les intéressés en général ne savent où ils doivent s'adresser, et à quelles démarches ils sont astreints ; qu'il est nécessaire que le public soit immédiatement et sûrement renseigné en ces circonstances ;

A émis le vœu que des instructions précises indiquant les formalités à remplir pour l'admission des blessés à l'Institut Pasteur soient affichées dans les communes ; que l'administration recommande l'impression de ces instructions et de toutes celles qui peuvent, d'ailleurs, concerner l'hygiène, sur toutes les couvertures des cahiers des élèves des écoles communales, où elles trouveraient leur place, au même titre que les récits d'histoire et de botanique.

L'alcoolisme et l'école.

Le ministre de l'instruction publique vient de faire connaître les propositions qui lui ont été soumises par la Commission qu'il a instituée pour rechercher les moyens de combattre l'alcoolisme par l'école.

La Commission estime qu'il n'est pas nécessaire de remanier ou de grossir les programmes actuels. Elle croit qu'il suffirait de claires et précises instructions de l'autorité universitaire pour donner à l'enseignement anti-alcoolique la place, le développement et l'importance qu'il convient de lui assigner.

Dans les écoles normales, il faut commencer par les maîtres futurs; c'est eux qu'il faut d'abord éclairer, instruire, convaincre. Dans les cours de morale, d'anatomie, de physiologie, de chimie, d'hygiène, d'économie politique. les différents professeurs trouveront tous les éléments pour démontrer aux élèves les dangers de l'alcoolisme, chacun en ce qui concerne son cours spécial.

66e ANNÉE. 9e SÉRIE. TOME II — N° 37 — 14 SEPTEMBRE 1895

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : **Dr F. de RANSE** — *Rédacteur en chef :* **Dr Pierre SEBILEAU**

Secrétaire de la Rédaction : **M. Em. EMERY**

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 28, rue Vignon

CLINIQUE DES MALADIES DES VOIES URINAIRES

HOPITAL NECKER — M. ALBARRAN, PROFESSEUR AGRÉGÉ

Etude sur le rein mobile.

(Pathogénie des symptômes, indications thérapeutiques, technique opératoire.)

L'opération de la néphrorrhaphie se propose pour but de fixer le rein déplacé à la paroi postérieure de l'abdomen dans une situation aussi rapprochée que possible de sa position normale. L'idéal thérapeutique est la fixation de l'organe mobile ; et si l'idéal physiologique consiste à remettre le rein dans sa situation normale, il faut savoir que, au point de vue pratique, il suffit de fixer le viscère *à peu près* dans sa situation normale. Cette considération est d'autant plus importante que des difficultés opératoires rendent malaisé ce qu'on pourrait appeler la néphrorrhaphie idéale.

Vous savez que, à l'état normal, les deux tiers supérieurs du rein sont cachés au-dessous des côtes et que l'extrémité inférieure seule du viscère dépasse le bord inférieur de la douzième côte. Pour bien fixer un rein déplacé dans cette situation, il faudrait faire passer les fils qui suspendent le rein à travers le dernier, et même l'avant-dernier espace intercostal ; c'est dire qu'il faudrait traverser le diaphragme et les deux feuillets de la plèvre : complication opératoire qui pourrait offrir des dangers, sans d'ailleurs présenter d'utilité. D'un autre côté, et j'ai déjà insisté sur ce point, dans un certain nombre de cas on ne peut remettre le rein dans sa situation normale, soit parce que des adhérences pathologiques le retiennent plus bas, soit encore parce que la loge qui doit le contenir a en partie disparu.

Vous savez, d'ailleurs, que les symptômes déterminés par la néphroptose dépendent surtout de la mobilité du rein, et l'expérience nous enseigne que les résultats opératoires sont semblables lorsqu'on fixe le rein, que celui-ci dépasse presque tout entier le rebord des fausses côtes ou qu'il ait réintégré à peu près sa place normale.

Une bonne néphrorrhaphie doit remplir les conditions suivantes : 1° être une opération bénigne ; 2° assurer une bonne fixation de tout le rein, de manière à permettre le libre écoulement des urines ; 3° altérer le moins possible le tissu du rein.

Je n'ai pas besoin d'entrer dans de longues considérations pour démontrer ces propositions. La plupart des procédés de néphrorrhaphie donnent de si bons résultats que, pour les opérations extra-péritonéales, la mortalité est à peu près de 1 p. 100. Quoique les résultats obtenus avec les néphrorrhaphies intra-péritonéales soient aussi très bons, ces opérations exposent davantage la vie des malades, et ne doivent être employés que dans des cas exceptionnels.

Je ne vous parlerai aujourd'hui que de la néphropexie pratiquée par la voie lombaire.

Il est évident qu'en suspendant un rein mobile, on doit se proposer d'altérer le moins possible le parenchyme de l'organe ; et, à cet égard, je dois vous signaler un étrange argument qu'ont produit certains auteurs. Nous avons, dit-on, plus de substance rénale qu'il n'est nécessaire à la santé et nous sommes d'autant plus autorisés à en détruire un peu que la régénération et l'hypertrophie compensatrice ont vite fait de reproduire ce qui a été détruit. Je vous démontrerai un jour que la régénération du rein, au moins chez l'adulte, n'existe pas et si l'hypertrophie compensatrice est réelle, vous comprendrez tous que, dans un organe de l'importance du rein, il vaut mieux ne détruire une partie du parenchyme que lorsqu'on ne peut faire autrement.

La nécessité dans la néphrorrhaphie de bien fixer le rein est évidente puisque l'opération est dirigée contre la mobilité rénale ; mais j'ajoute qu'il est nécessaire de bien fixer tout le rein. Dans la précédente leçon, je vous ai parlé des graves symptômes consécutifs aux petits déplacements du rein et je vous ai cité des exemples de douleurs très vives consécutives à la néphrorrhaphie, douleurs dues à ce que le rein n'était fixé que par une de ses extrémités et à la position vicieuse de l'extrémité libre. Il faut donc bien se mettre en garde, lorsqu'on pratique la néphropexie, contre ces déplacements secondaires du viscère fixé.

Connaissant les conditions que doit réunir une bonne néphrorrhaphie, nous pouvons étudier maintenant les dif-

férents procédés employés jusqu'à ce jour et je crois utile de commencer cette étude par une courte description du manuel opératoire qui me paraît le meilleur. Je suppose une opération pratiquée sur le côté droit. Le malade anesthésié est couché sur le côté gauche avec un coussin cylindrique passé dans l'échancrure costo-iliaque gauche. Le chirurgien s'assure d'abord de la longueur des onzième et douzième côtes qu'il reconnaît à leurs extrémités flottantes dans la paroi musculaire; cette précaution est utile, car, dans le cas où la douzième côte ne dépasse pas le bord de la masse sacro-lombaire, la plèvre ne se trouve pas protégée à ce niveau par l'arc costal; en pareil cas, si on incisait profondément jusqu'à la côte que l'on sent, la onzième, on s'exposerait à blesser la séreuse pulmonaire. On reconnaît ensuite le bord externe de la masse sacro-lombaire qui se trouve à 9 centimètres en dehors des apophyses épineuses et qu'on sent du reste assez bien, dans la plupart des cas, par un palper attentif. On tâte encore la crête iliaque et l'opération commence.

L'incision part du bord supérieur de la douzième côte au niveau du bord externe de la masse sacro-lombaire et suit longitudinalement ce bord externe jusqu'au niveau de la crête iliaque où elle se recourbe en avant par une courte queue de 2 ou 3 centimètres. On coupe rapidement le tissu graisseux sous-cutané et les fibres qu'on rencontre du muscle grand dorsal, puis on sectionne l'aponévrose sur le bord même ou un peu en dehors du bord de la masse sacro-lombaire. Si l'on aperçoit les fibres longitudinales de cette masse sacro-lombaire, il faut se reporter un peu en dehors pour couper le feuillet moyen de l'aponévrose lombaire au-dessous duquel se trouve le carré lombaire; si l'incision a été faite un peu plus en dehors, on ne voit pas les muscles sacro-lombaires et l'on tombe directement sur le muscle carré lombaire qu'on reconnaît à ses fibres fortement obliques en bas et en dehors. Le développement du muscle est fort variable; mais vous serez rarement dans l'obligation de le désinsérer de la crête iliaque pour vous donner du jour; il suffit de dégager son bord antérieur avec le doigt et de le récliner par un écarteur. Cela fait, vous sectionnez au bistouri le feuillet antérieur de l'aponévrose du transverse qui seul vous sépare de la graisse périnéale. Cette section doit être faite avec soin et seulement dans les deux tiers inférieurs de la plaie; en haut, du côté de la côte, il faut craindre de blesser la plèvre et, pour éviter cet accident, il convient de passer un doigt sous l'aponévrose et de refouler avec soin tout ce qui se trouve au-dessous d'elle, de manière à être bien sûr de ne couper que le feuillet fibreux. Cette précaution est surtout indispensable lorsque la douzième côte est courte et que la plèvre, dépassant le niveau de la onzième côte, n'est recouverte que par le ligament vertébro-costal de Henle, si bien étudié par Récamier. Sous la lame aponévrotique que vous venez de couper, vous trouvez le grand nerf abdomino-génital accompagné d'une ou deux veines; il est facile de récliner ce paquet vasculo-nerveux et de le cacher sous l'écarteur qui retient en arrière le carré lombaire. Vous placez alors un autre large écarteur sur le bord antérieur de la plaie et vous apercevez la graisse périrénale entre les deux écarteurs. Avec une pince hémostatique, on saisit la graisse périrénale au niveau de l'écarteur antérieur : une seconde pince saisit la même graisse en arrière, au niveau de l'écarteur postérieur; un aide pousse, avec le poing fermé appliqué sur le ventre du malade, le rein vers la plaie lombaire, et le chirurgien se met en devoir de décortiquer le viscère. Pour dégager le rein, on introduit les deux index dans l'espace qui sépare les deux pinces qui soutiennent et attirent la graisse périrénale; on sent le rein au fond de la plaie et, en agissant sur lui, on déchire le tissu graisseux. A mesure que la décortication avance, on attire en avant et en arrière la graisse périrénale avec des pinces hémostatiques, manœuvre qui facilite beaucoup le dégagement du viscère parce qu'elle le fixe un peu en l'attirant sur la plaie. Si la décortication se fait facilement, vous pouvez continuer ainsi jusqu'à ce que le rein, entouré seulement par sa capsule propre, soit bien à découvert; mais souvent la mobilité du viscère rend malaisée la séparation de la capsule graisseuse de la capsule propre; il faut alors faciliter la décortication en plaçant de suite un des fils parenchymateux qui doit servir à la fixation définitive, se servir de ce fil comme fil suspenseur et continuer à bien dégager le bord convexe et les deux faces antérieure et postérieure du rein.

La meilleure manière de nouer les fils me paraît être celle qui nous a été enseignée par notre maître, M le professeur Guyon. A un centimètre de profondeur on passe dans la substance du rein un double fil de gros catgut conduit par une aiguille de Hagedorn; on a ainsi, passant à travers le parenchyme du rein, à côté l'un de l'autre, deux fils dont les extrémités se trouvent sur les faces antérieure et postérieure de l'organe. On fait alors un nœud double avec les deux fils qui passent en avant de manière à ce que le nœud touche la capsule propre du rein : on noue de même entre eux les deux bouts des fils qui sortent du rein par sa face postérieure, de manière que, à ce temps de l'opération, le rein est traversé par deux fils noués entre eux sur la face antérieure et postérieure de l'organe au moment de l'entrée et de la sortie de leur trajet dans le parenchyme. Un des deux fils antérieurs est alors passé avec une aiguille courbe de Reverdin à travers les aponévroses et les muscles de la lèvre antérieure de la plaie et noué ensuite avec l'autre fil antérieur; le nœud ainsi fait s'appuie sur le premier nœud fait entre ces deux mêmes fils au moment de leur entrée dans le rein; cette disposition permet d'éviter la section du parenchyme friable du rein. Cela fait, on passe de même un des fils postérieurs à travers les muscles et les aponévroses de la lèvre postérieure de la plaie, et on le noue avec l'autre fil postérieur qui est resté libre.

On passe ainsi successivement trois fils doubles de catgut au niveau du tiers supérieur, du tiers moyen et du tiers inférieur du rein et, lorsque les trois fils sont noués, le rein se trouve suspendu et bien fixé sans que son parenchyme soit sectionné. Mais je dois encore vous signaler quelques détails opératoires importants.

Avant de nouer les trois doubles fils qui ont été passés à travers le rein, j'attire fortement la capsule graisseuse et je résèque toute la portion de cette capsule qui dépasse la partie la plus profonde des bords de la plaie. Cette manœuvre a pour but d'éviter l'interposition de cette graisse entre le bord convexe du rein et la couche musculo-aponévrotique de la paroi; cette précaution assure plus de fixité encore à l'organe.

Pour augmenter encore la solidité de la cicatrice, il est utile de toucher la surface de la capsule propre du rein avec de l'eau phéniquée forte ou avec une solution de nitrate d'argent au 4/100e : l'expérimentation m'a démontré que cette pratique consolide la cicatrice sans altérer le rein.

Les fils qui traversent le rein au niveau de son tiers supérieur sont noués à la douzième côte qu'ils embrassent dans leur anse, ou bien au périoste de cette même côte ; pendant que les aides nouent ces fils, le chirurgien pousse le rein en haut, de manière à le cacher sous la douzième côte. Les fils moyens sont noués ensuite à la paroi, le plus près possible de la douzième côte et il en est de même des fils inférieurs, en sorte que les trois fils doubles qui passent à travers le rein à des niveaux très différents sont noués à la paroi très près les uns des autres, ce qui a pour avantage de très bien fixer le rein, de le cacher en grande partie sous les côtes et de s'opposer à tout mouvement de bascule des extrémités de l'organe.

Lorsque les fils sont noués, il ne reste plus qu'à pratiquer au catgut une suture profonde des muscles et des aponévroses et à suturer la peau au crin de Florence. Dans la très grande majorité des cas on n'a besoin d'aucun drainage, mais on doit mettre un tube lorsqu'il y a du décollement dans la partie inférieure de la loge rénale si on ne réussit pas à combler le vide en faisant un capitonnage avec ce qui reste de la graisse périrénale.

Lorsque tout marche régulièrement, le premier pansement est fait, pour enlever les fils, vers le huitième jour ; mais le malade doit rester couché sur le dos pendant au moins trois semaines pour permettre l'organisation du tissu fibreux qui doit fixer le rein.

Je vais étudier maintenant avec vous les différents procédés appliqués par les auteurs dans les temps successifs de l'opération.

Incision de la paroi. — Je ne veux pas vous décrire à nouveau ce que vous trouverez partout sur les différentes incisions lombaires qui permettent d'opérer sur le rein. Pour la néphrorrhaphie il n'est pas besoin de se mettre martel en tête, et une simple incision suivant le bord externe de la masse sacro-lombaire suffit pour opérer à l'aise, à condition toutefois de commencer l'incision sur la douzième côte, et non au-dessous, et de dépasser en bas la crête iliaque. Si, comme je vous l'ai dit, je préfère recourber un peu en avant l'incision dans sa partie inférieure, c'est parce que, dans certains cas, le rein est difficile à atteindre et qu'on peut même être obligé de prolonger la queue de cette incision, surtout dans certains cas d'hydronéphrose ou lorsque le rein a contracté des adhérences.

Décortication de la capsule graisseuse. — La première opération de néphrorrhaphie fut faite par Hahn, de Berlin, en août 1881. Craignant de faire passer les fils dans l'intérieur du rein, l'auteur se contenta de les passer à travers la couche adipeuse qui entoure le rein et les premiers opérateurs qui suivirent imitèrent son exemple. Bientôt les récidives de la mobilité rénale furent si nombreuses qu'on pratiqua la suture en comprenant dans les fils non seulement la capsule graisseuse, mais encore la capsule propre du rein ; ce fut Hahn qui inaugura cette nouvelle opération à la fin de l'année 1881 ; il obtint des résultats supérieurs à ceux que lui donnait la fixation de la capsule graisseuse, mais encore trop inconstants pour qu'on ne cherchât pas à améliorer le procédé de fixation du rein. C'est ainsi que, dès 1882, Delbaes et Bassini firent des sutures au catgut qui traversaient non plus seulement la capsule propre du rein, que celle-ci fût incisée ou non, mais qui pénétraient dans l'intérieur même de la substance rénale. En 1884, Newmann, puis Braun et Hahn lui-même adoptèrent la fixation intraparenchymateuse du rein, qui a été ensuite pratiquée par tous les auteurs. Seuls, Washburn et Lane, Hamilton et Lowson sont revenus, dans ces derniers temps, à la fixation capsulaire.

Dans le procédé de Washburn et Lane, on sectionne au bistouri la capsule adipeuse par trois incisions qui partent en rayonnant du milieu du rein comme les trois branches d'un Y ; on détache de la capsule propre les trois triangles ainsi obtenus, on les retourne sur eux-mêmes et on les fixe par des fils de soie aux muscles et à la peau. Ces auteurs ont publié en 1892 une opération ainsi pratiquée qui donna un bon résultat au point de vue de la fixation, comme le démontra une seconde opération faite sur le même rein qui était redevenu douloureux à la suite d'une légère chute du malade. En 1890, Hamilton a publié deux succès obtenus par un procédé qui consiste à diviser la capsule propre et à pratiquer des sutures à la soie, comprenant la peau, la capsule adipeuse et la capsule propre. Enfin, la portion excédente de la capsule propre (?) était laissée hors de la plaie. Lowson s'est contenté, en 1893, dans une opération qui réussit d'ailleurs, d'ouvrir en entier la capsule adipeuse et de la fixer à la douzième côte.

Rien n'autorise à reprendre, comme l'a fait Lowson, le procédé primitif de Hahn, qu'on a reconnu insuffisant dans la grande majorité des cas. Quant aux tentatives de Hamilton et de Washburn, elles me paraissent ne pas devoir être imitées : on doit, en opérant ainsi, réussir le plus souvent à fixer le rein, mais on n'obtient cette fixation qu'au prix d'une réunion par seconde intention, alors que la réunion primitive par les procédés de fixation intra-parenchymateux donne des résultats parfaits.

Un grand nombre d'auteurs se contentent de décortiquer la capsule graisseuse en la séparant de la capsule propre au niveau du bord convexe du rein ; mais je crois préférable de dégager complètement le rein et de réséquer une bonne partie de cette capsule graisseuse. Le raisonnement nous démontre, en effet : premièrement, que, pour bien fixer le rein, il faut obtenir un tissu conjonctif dense qui le maintienne en contact avec la paroi abdominale postérieure ; et secondement, que la couche de graisse interposée entre le rein et la paroi abdominale ne peut avoir d'autre effet que d'empêcher en grande partie la formation de ce tissu fibreux. L'expérimentation démontre, d'un autre côté, que partout où il est resté de la graisse interposée entre le rein et la paroi il n'existe que des tractus celluleux minces ; tandis que dans les points où le contact est direct, on obtient un tissu fibreux beaucoup plus dense. C'est ainsi que nous avons opéré sur le rein d'un chien fixé par des fils intra-parenchymateux ; or, entre les trois forts cordages fibreux qui correspondent au passage des fils, il était resté, en arrière, un peu de graisse, et au niveau de celle-ci, il n'existait que de minces tractus celluleux. Sur ce même rein on voyait en avant qu'il n'y avait pas de

graisse entre les fils; aussi la fixation était-elle beaucoup plus solide à ce niveau.

Si j'insiste sur la décortication complète du rein et sur la résection partielle de la capsule graisseuse, c'est que je crois que ce détail opératoire a une grande importance au point de vue du succès. Chez l'homme, j'ai opéré ainsi 14 fois, et j'ai toujours obtenu une bonne fixation. En parcourant les observations des auteurs, je note que la capsule graisseuse a été partiellement réséquée dans les observations de Duret, d'Israël, de Bryant et de Schilling et que, dans ces 4 cas, on a obtenu une bonne fixation. Je ne connais aucune observation dans laquelle il soit noté que, la capsule graisseuse ayant été réséquée, le rein soit resté ou ou redevenu mobile.

Décortication de la capsule propre du rein. — Craignant de ne pas obtenir une fixation suffisante du rein en passant les fils à travers la substance du rein lorsqu'on conserve la capsule propre du viscère, Lloyd eut l'idée de décortiquer cette capsule en mettant à nu la substance propre du rein. Cet auteur pratiqua une incision sur le bord convexe du rein de manière à ne sectionner que la capsule propre sans entamer le parenchyme, détacha ensuite la capsule dans l'étendue d'un pouce et sutura ensuite le rein par deux forts catguts intra-parenchymateux. Lloyd obtint ainsi un succès et il constata plusieurs mois après que le rein restait fixé. D'autres auteurs ont suivi le même procédé surtout en France et en Amérique : Mac Cosh, Tuffier, Edebohls, Régnier, etc. J'ai pu relever jusqu'à 127 opérations pratiquées par le procédé de Lloyd.

La nécessité de ce détail de technique, de la décortication de la capsule propre du rein, a été soutenue et paraissait démontrée en 1889, par les expériences de M. Tuffier. Cet auteur admet que la capsule propre du rein est une membrane isolante, incapable de proliférer ; et que, pour que le rein soit bien fixé, il est nécessaire de mettre à nu dans une certaine étendue la substance propre de l'organe qui peut seule donner naissance au tissu fibreux destiné à soutenir le rein. Expérimentalement, M. Tuffier a vu que, lorsqu'on déplace le rein entouré de sa capsule propre, il ne contracte pas d'adhérences avec les tissus périphériques et que, même si l'on expose à l'extérieur le rein en le suturant à une plaie qu'on laisse bourgeonner sans la réunir, on voit le viscère s'entourer de tissu fibreux sans que la capsule participe en rien au processus de réparation. Aussi cet auteur croit-il que la fixation du rein sans décortication est insuffisante pour soutenir le viscère. M. Delagenière cite au contraire trois expériences pratiquées chez le lapin où il obtint une fixation solide sans décortiquer la capsule propre. Zatti a repris plus en détail l'étude expérimentale de la néphrorrhaphie et il s'est surtout attaché à démontrer que la capsule propre du rein jouit de propriétés proliférantes. Il conclut, de ses expériences sur le chien, que la conservation de la capsule propre du rein permet une parfaite fixation de l'organe. En déplaçant le rein intact sous la peau, derrière les aponévroses lombaires, il a observé que la capsule propre se continuait par un tissu conjonctif jeune avec les tissus avoisinants. Dans les expériences de fixation du rein décortiqué, Zatti a vu des lésions scléreuses qui s'avançaient dans l'intérieur du rein jusque dans la substance médullaire.

(*A suivre.*)

REVUE DE CHIRURGIE

Les kystes

Par le Dr CH. AMAT, médecin-major de 2e classe à l'Ecole préparatoire d'infanterie de Rambouillet.

I. — Traitement des kystes hydatiques du foie par les lavages et les injections antiseptiques, par M. MORIN. Th. Paris.

II. — Des kystes hydatiques du poumon, par M. C. BEHR. Th. Paris.

III. — Des kystes hydatiques du cul-de-sac de Douglas, chez la femme, par M. DERMIGNY. Th. Paris.

IV. — Kystes hydatiques de la région sacro-lombaire, par M. VILLARD. Th. Paris.

V. — Etude sur les kystes du mésentère, par M. ARÉKION. Th. Paris.

VI — Etude clinique et thérapeutique sur les kystes du mésentère, par M. DEFFAINS. Th. Paris.

VII. — Contribution à l'étude des kystes essentiels de la mamelle, par M. BAGOURD. Th. Paris.

VIII. — Des kystes dermoïdes et des fistules congénitales de la région sacro-coccygienne, par M. HANSEN. Th. Paris.

IX. — Etude critique sur la pathogénie des kystes des mâchoires (variété radiculo-dentaire), par M. BOUVET. Th. Paris.

X. — Contribution à l'étude des kystes synoviaux articulaires du poignet, par M. HOCHET. Th. Paris.

XI. — Des kystes sébacés, leur traitement, par M. L. DE GANLÉJAC. Th. Paris.

I. — Tous les kystes hydatiques du foie, facilement accessibles à l'aiguille de l'aspirateur, sont justiciables du traitement par les lavages ou les injections antiseptiques, qu'ils soient suppurés ou non, quelle que soit leur période d'évolution. Ce n'est qu'après échec que l'on devra recourir au traitement chirurgical consistant à ouvrir largement la poche du kyste pour évacuer son contenu et y pratiquer des lavages.

II. — L'œuf du tœnia échinocoque, ayant un diamètre égal et peut-être un peu inférieur à celui des capillaires du foie, peut traverser le filtre hépatique pour arriver dans le ventricule droit et, de là, être lancé dans les capillaires pulmonaires. Mais aussi rien ne s'oppose à admettre qu'il puisse être introduit dans le poumon par l'air inspiré. Quoi qu'il en soit, l'embryon hexacanthe une fois fixé dans le poumon se développe et perdant ses crochets se transforme en vésicule.

En raison de la communication habituelle de la cavité péri-kystique avec les bronches, les ponctions évacuatrices sont la plupart du temps inutiles, très souvent dangereuses, surtout si on emploie l'aspiration. Le traitement de choix est l'incision franche et l'extirpation des membranes kystiques, pratiquées après avoir fait la résection costale et la suture préventive des feuillets pleuraux.

III. — Les hydatides arrivent dans le cul-de-sac de Douglas par la voie sanguine et peut-être aussi en traversant directement les tuniques du rectum. Ce qui semble justifier cette dernière hypothèse, c'est que les échinocoques occupent presque toujours le tissu cellulaire placé au-dessous de l'invagination péritonéale entre le rectum d'une part, le col utérin et le cul-de-sac vaginal postérieur d'autre part. Aucun symptôme spécial ne caractérisant ces

tumeurs, leur diagnostic ne peut se faire que par exclusion et surtout à l'aide de la ponction exploratrice. Un kyste petit, bien limité, est justiciable de la ponction simple suivie d'injections modificatrices. Un kyste plus volumineux, dépassant le niveau du détroit supérieur, réclame la laparotomie.

IV. — L'embryon hexacanthe transporté par le courant circulatoire est charrié surtout vers les tissus les plus riches en vaisseaux sanguins, et ces tissus sont les muscles. On a voulu faire jouer au traumatisme un rôle pathogénique. A ce titre, la région sacro-lombaire est pour les kystes hydatiques un siège de prédilection. Le diagnostic de ces produits parasitaires est souvent très difficile; on les a confondus surtout avec des abcès froids idiopathiques ou symptomatiques et des lipômes. L'incision avec évacuation de la poche kystique et lavages consécutifs est à recommander. En cas d'insuccès, l'éradication totale du kyste s'impose.

V. — Les kystes du mésentère, plus fréquents qu'on n'est porté à le croire, peuvent être des kystes hydatiques, des kystes séreux, des kystes chyleux, des kystes sanguins ou des kystes dermoïdes. Ils présentent dans leur évolution clinique deux formes distinctes. Dans un premier cas, la tumeur jusque-là absolument latente et complètement ignorée signale tout à coup sa présence par une douleur abdominale extrêmement violente rappelant à s'y méprendre l'occlusion intestinale complète et surprenant le malade au milieu de ses occupations. Dans le second cas, la douleur attire l'attention avant que la tumeur ne soit appréciable. Cette dernière est ordinairement assez volumineuse quand on la découvre.

D'un diagnostic souvent très difficile, ces tumeurs seront traitées par l'extirpation ou la marsupialisation.

VI. — Pour M. Deffains, il n'existe pas de signe pathognomonique qui puisse faire reconnaître à coup sûr un kyste du mésentère que l'on devra toutefois soupçonner si la tumeur à début médian, périombilical, présente une grande mobilité surtout transversalement, s'il existe de la sonorité à la percussion légère et de la matité à la percussion forte. Comme M. Arékion, l'auteur préconise l'extirpation et la marsupialisation pour rejeter absolument la ponction exploratrice ou curatrice.

Il est à noter cependant que M. Tachard, en signalant ces jours derniers au congrès de Bordeaux la guérison d'un kyste du mésentère par ponction capillaire, a démontré l'innocuité de la ponction exploratrice capable de devenir en même temps un procédé innocent de traitement.

VII. — On peut observer des kystes essentiels de la mamelle, à pronostic bénin, caractérisés par la présence d'une tumeur spéciale, fluctuante, appartenant à la glande mammaire. La multiplicité et la bilatéralité des lésions étant ici exceptionnelles, on ne saurait songer à la maladie kystique de Reclus où elle est la règle. Au reste, on n'éprouve pas à la palpation la sensation d'une masse injectée au suif comme cela a lieu dans cette dernière affection.

VIII. — Les kystes dermoïdes et fistules congénitales de la région sacro-coccygienne sont des formations anormales d'origine embryonnaire, provenant de l'extrémité caudale du repli sectodermique, matrice du système nerveux cérébro-spinal. Leur siège typique est exactement médian sur la ligne verticale interfessière. Bien que leur germe soit congénital, ce n'est guère que de 15 à 25 ans qu'ils attirent l'attention du porteur par des phénomènes inflammatoires douloureux produisant des abcès à répétition et des fistules intarissables. L'extirpation totale au bistouri est le seul procédé à recommander.

IX. — Tout kyste radiculo-dentaire a pour cause déterminante une altération de la racine d'une dent ou une affection de l'articulation dentaire. Sa paroi analogue à celle des abcès est constituée aux dépens d'un tissu conjonctif de nouvelle formation. Son contenu solide résulte de la prolifération des masses épithéliales paradentaires d'origine gingivale ou adamantine.

M. Bouvet propose une base d'entente entre les partisans de la théorie périostique et de la théorie épithéliale en disant : sans débris épithéliaux, pas de kyste, mais pas de kyste non plus sans racine de dent.

X. — Ces kystes qui forment à la face antérieure ou postérieure du poignet de petites masses dont le volume varie depuis celui d'une noisette jusqu'à celui d'une noix, après avoir été traités pendant longtemps par la compression et l'écrasement, guérissent bien aujourd'hui par l'instillation dans leur épaisseur de cinq à six gouttes de teinture d'iode pure.

XI. — Les kystes sébacés, n'ayant aucune tendance à se résorber, sont justiciables de l'intervention chirurgicale. L'ablation au bistouri doit être préférée. L'incision de toute l'épaisseur de la peau, permettant au doigt ou à la sonde cannelée de se glisser entre les tissus voisins de la poche, sera la voie facile d'une énucléation rapide. Si la paroi est mince et le kyste assez étendu, on se trouvera bien d'une injection préalable de cire fondue ou de paraffine dans la cavité, après avoir par pression éliminé la matière kystique.

REVUE DES THÈSES

Contribution à l'étude de l'étiologie du syndrôme de Basedow.

Par M. Mignon. Th. Paris, 1895.

Tout comme l'angine de poitrine, le goître exophtalmique n'est pas une maladie, mais un syndrôme, dépendant soit de causes comme l'hérédité, l'émotivité, la chlorose, le surmenage, les infections, les intoxications, les agents réflexes, les altérations thyroïdiennes dont l'action n'amène aucune lésion tangible et palpable et ne donne lieu qu'à des troubles dynamiques des centres nerveux, soit de causes par troubles mécaniques ou matériels résultant de l'existence de lésions nerveuses ou de la présence de tumeurs agissant mécaniquement sur les organes du cou.

Il importe de faire le diagnostic de la cause et de la variété du syndrôme, car de lui va dépendre la thérapeutique à instituer. On comprend, en effet, qu'un goître exophtalmique idiopathique, survenu chez un névropathe, puisse demander un tout autre traitement que celui qu'il convient d'appliquer à celui dont le goître est la cause primitive de tous les accidents, soit par intoxication thyroïdienne, soit par compression du cou. Les goîtres exophtalmiques réflexes demandent aussi une intervention dirigée contre la cause qui leur a donné naissance.

Sur un cas de paramyoclonus multiplex.

Par M. Garnier. Th. Paris, 1895.

Le paramyoclonus est une affection spasmodique des muscles d'origine neurasthénique dont le diagnostic d'avec la chorée fibrillaire de Morvan et la chorée électrique de Bergeron est des plus difficiles.

Cette affection, dont le pronostic est généralement bénin, paraît heureusement influencée par des injections souscutanées de cocaïne qui diminuent l'excitation réflexe périphérique et améliorent très manifestement les spasmes musculaires.

Contribution à l'étude de l'ictère émotif.

Par M. Fransès. Th. Paris, 1895.

On peut voir certaines personnes frappées d'ictère à la suite d'influences morales. Cet ictère qu'il convient d'appeler émotif se produit soit brusquement, soit quelques temps après l'intervention de la cause : c'est dans un cas de l'ictère émotif immédiat, dans l'autre de l'ictère émotif retardé.

Tandis que le premier est le fait d'une réaction nerveuse, le second est la conséquence d'une gastro-duodénite : l'on sait l'influence qu'ont les chagrins prolongés sur la perte d'appétit, qu'a la peur sur l'apparition de la diarrhée.

Dans l'ictère émotif immédiat il n'y a pas de phase préictérique et la guérison arrive en 5 ou 6 jours : l'ictère émotif retardé, devant être très probablement classé dans la catégorie des ictères infectieux bénins, est précédé de phénomènes d'embarras gastrique.

Contribution à l'étude des souffles cardiaques dans l'ictère.

Par M. Bellier. Th. Paris, 1894.

Chez les malades atteints d'ictère on observe parfois des souffles au niveau de la région précordiale. Ce sont d'abord des troubles légers et souvent fugaces, des palpitations, des inégalités de rythme qui semblent sous la dépendance d'un trouble de l'innervation cardiaque. A un degré plus avancé le muscle paraît flécbir, la tendance à la dilatation du ventricule droit se dessine et se traduit par un double signe sthétoscopique : l'accentuation du deuxième bruit, indice de l'augmentation de la tension pulmonaire, un bruit de galop droit résultant de l'addition aux deux claquements normaux d'un bruit présystolique. Quand la dilatation du cœur droit est réalisée, à ces signes viennent s'ajouter la plupart des symptômes de l'insuffisance tricuspidienne. Cette insuffisance est généralement transitoire et disparaît avec l'ictère. Très rarement, dans les ictères chroniques, l'insuffisance peut s'établir de façon définitive et entraîner l'asystolie. Elle semble relever alors d'une myocardite par intoxication biliaire.

De l'absinthisme.

Par M. Charpine. Th. Paris, 1894.

Dans une série de communications faites à l'Académie de médecine, M. Lancereaux a mis au point la description symptomatique des divers modes d'intoxication par les boissons fermentées. Dans cet ordre d'idées, il décrit l'éthylisme ou intoxication par le vin, l'alcoolisme proprement dit ou intoxication par les eaux-de-vie, rhum, cognac, calvados et enfin l'intoxication absinthique. Cette dernière dénomination répond à l'agent d'intoxication le plus fréquemment observé dans ce groupe à savoir l'absinthe, mais il désigne aussi et à titre égal l'intoxication par les boissons renfermant des essences et en particulier le vulnéraire, l'amer Picon, le vermouth et le bitter. C'est ce troisième mode d'intoxication que M. Charpine a pris pour sujet de son travail.

L'essence d'absinthe est un épileptisant de premier ordre, mais l'absinthe n'est plus seule à revendiquer le droit à l'épilepsie, le vermouth, le bitter et d'autres apéritifs, en particulier l'amer Picon, le lui disputent, grâce à l'intervention d'un bouquet artificiel des plus dangereux. Pour les apéritifs, c'est l'aldéhyde salycilique que les fabricants substituent à l'essence de reine des prés. Un autre bouquet également employé pour les liqueurs est le salycilate de méthyle que l'on substitue à la gaulthéria proeumbens ou essence de winter-green.

On peut décrire trois formes distinctes de l'absinthisme : l'absinthisme aigu, l'absinthisme chronique et l'absinthisme héréditaire. Le premier est caractérisé essentiellement par des phénomènes convulsifs rapprochés le plus souvent de l'épilepsie ; le second par des phénomènes douloureux subjectifs communs avec l'éthylisme et l'alcoolisme : des pituites, de l'insomnie, des rêves et des cauchemars avec hyperalgésie extrême des extrémités de l'abdomen et du thorax comme cachet particulier ; l'absinthisme héréditaire crée des troubles fonctionnels portant principalement sur l'intelligence ou créant l'épilepsie, l'hystérie.

De l'adénite subaiguë simple de l'aine à foyers purulents intra-ganglionnaires.

Par M. L'Hardy. Th. Paris, 1895.

Entre l'adénite aiguë et l'adénite chronique doit prendre place une troisième forme d'adénite caractérisée cliniquement par son allure subaiguë et anatomiquement par la formation, au sein même des ganglions, de petits foyers purulents. Cette adénite peut s'observer sur tous les ganglions, mais elle est plus particulièrement fréquente au niveau des ganglions de l'aine en raison de sa cause le plus souvent génitale, l'herpès de la verge en particulier. Cette adénite simule l'adénite tuberculeuse dont il est cependant facile de la différencier.

Chlorose et dyspepsie.

Par M. Gallot. Th. Paris, 1894.

La dyspepsie chlorotique apparaît comme essentiellement variable dans ses formes. Elle s'accompagne presque toujours de phénomènes nerveux, aussi on est en droit de se demander si elle ne survient pas plutôt sous l'influence d'un état pathologique concomitant du système nerveux que sous l'influence de la chlorose elle-même.

Un cas de dégénérescence myxomateuse généralisée des nerfs.

Par M, Tartarin. Th. Paris, 1894.

Il s'agit d'une dégénérescence néoplasique occupant toute l'étendue des troncs nerveux de l'économie, de leurs plus petites ramifications périphériques à leurs origines radiculaires, de nature myxomateuse et qui a cliniquement évolué d'abord avec les caractères d'un lymphangiôme souscutané, puis après généralisation avec l'apparence d'un myxœdème.

Contribution à l'étude du polyadenôme ou épithéliôme intraglandulaire.

Par M. Allaire. Th. Paris.

L'épithéliôme lorsqu'il débute par les glandes est toujours primitivement intraglandulaire. Il peut rompre ou ne pas rompre sa membrane d'enveloppe et se présenter avec ses caractères ordinaires ou rester inclus. Dans ce dernier cas, il a des caractères nets et bien tranchés qui permettent de l'étudier à part et de le considérer comme une variété d'épithéliôme bénin.

Considérations sur l'anthrax et son traitement.

Par M. Lecourt. Th. Paris, 1894.

Ni abstention pure, ni abstention déguisée sous forme d'émissions sanguines, de cataplasmes émollients, d'onguents dits maturatifs, ni incisions linéraires ou cruciales, mais débridements par larges ouvertures au thermocautère avec détersion du foyer à l'eau phéniquée forte, injections d'éther iodoformé et pansement à l'eau phéniquée assez faible pour ne pas altérer le tégument : voilà le traitement de l'anthrax que préfère M. Lecourt.

De la pathogénie du tic douloureux de la face et de son traitement par la résection du rebord alvéolaire.

Par M Le Gac. Th. Paris, 1894.

Il paraît démontré aujourd'hui que le tic douloureux de la face a pour foyer d'origine une lésion des extrémités terminales des nerfs inclus dans la région alvéolaire. L'ablation du bord alvéolaire et, par conséquent, des lésions qu'il renferme, a amené dans 18 cas de névralgie spasmodique traités la guérison complète de l'affection.

De l'épistaxis des vieillards.

Par M. Tautil. Th. Paris, 1894.

Il est assez fréquent d'observer des épistaxis chez les vieillards. Elles surviennent surtout chez les femmes, sans qu'on puisse incriminer la ménopause qui, au contraire, semble les arrêter momentanément. La pathogénie de l'affection est fort obscure; on a tour à tour incriminé les lésions hépatiques, l'athérôme, l'impaludisme. Les injections d'ergotine suivies du tamponnement classique paraissent les plus efficaces pour arrêter l'écoulement sanguin.

Quelques considérations sur les propriétés cliniques des badigeonnages de gaïacol.

Par M. Moissy. Th. Paris, 1894.

Le gaïacol est un antipyrétique prompt, sûr et puissant, mais sans action sur la durée de la maladie ni sur la courbe générale. Sous son influence, il se produit souvent une diaphorise considérable pendant que survient l'abaissement thermique avec sensation de froid pouvant aller jusqu'au frisson d'une intensité pareille à celui du début de la pneumonie. Les sécrétions salivaires et bronchiques sont augmentées.

En certains cas, le gaïacol agit aussi comme analgésique. Son action serait telle qu'il tend à vouloir se substituer à la cocaïne.

Contribution à l'étude de la cause de mort après les brûlures étendues de la peau.

Par M. Welti. Th. Paris, 1894.

La mort survenant après des brûlures étendues résulterait des modifications subies par le sang, d'où formation de plaquettes adhérentes aux parois vasculaires et thromboses consécutives. Ces dernières détermineraient des nécroses multiples suivies d'ulcérations ou d'inflammations secondaires pouvant être la cause de mort à partir du troisième jour après l'accident.

De la mort subite dans les dilatations congénitales de l'œsophage.

Par M. F. Faure. Th. Paris, 1894.

La mort subite est, paraît-il, un accident possible au cours des dilatations congénitales de l'œsophage. Elle serait due à un phénomène d'inhibition, à l'arrêt brusque du cœur et de la respiration. Comme conséquence, M. Faure insiste pour que dans les autopsies judiciaires l'œsophage soit toujours et très attentivement examiné.

Etude sur les exostoses de croissance.

Par M. Royer. Th. Paris.

Les exostoses de croissance sont des tumeurs osseuses dans toute l'acception du mot, siégeant le plus souvent aux extrémités des diaphyses. Elles sont le résultat d'une prédisposition acquise ou héréditaire et, dans ce dernier cas, le rachitisme et surtout la syphilis doivent être tout particulièrement incriminés.

Etude critique sur les fractures spontanées.

Par M. L. Dubreuil. Th. Paris.

Les fractures spontanées sont dues aux causes les plus diverses. Elles peuvent dépendre d'une affection générale, telle que l'ostéoporose sénile, le rachitisme, l'ostéomalacie, les affections nerveuses ou d'une affection locale et ici la syphilis, les kystes hydatiques, le carcinôme, le sarcôme, la nécrose, la carie sont plus spécialement en cause.

Contribution à l'étude clinique de la phlébite primitive.

Par M. Daguillon. Th. Paris, 1894.

L'auteur rapporte onze observations, tant publiées qu'inédites, tendant à prouver l'existence d'une forme de phlébite primitive isolée de toute cause prochaine et reconnaissant une influence diathésique générale exercée par la constitution arthritique entachée ou non de goutte.

Ch. Amat.

A L'ÉTRANGER

ALLEMAGNE

Une nouvelle méthode de narcose générale

(*Berl. kl. Wochens.*, 14 juillet 1895).

La syncope cardiaque dans la narcose chloroformique est, de même que les troubles respiratoires qui l'accompagnent, d'origine réflexe; elle est produite par l'excitation des terminaisons nerveuses du trijumeau dans la muqueuse nasale. Par la cocaïnisation de la muqueuse nasale, une grande partie des dangers de l'anesthésie par inhalation, en particulier par la chloroformisation, peut être évitée. De plus, la cocaïne possède une action antitoxique contre le chloroforme, ce qui diminue nécessairement les dangers de l'emploi de ce dernier.

Il faut absolument donner le chloroforme par gouttes au début. La cocaïnisation doit toujours précéder la narcose de quelques minutes. Le malade est assis ou debout, jamais couché; il se mouche fortement pour nettoyer la muqueuse des sécrétions qui peuvent la recouvrir; au moyen d'un petit pulvérisateur on envoie alors 2 grammes d'une solution de cocaïne à 10 0/0 dans chaque narine. Trois minutes après, on pulvérise une seconde fois 1 gramme de liquide dans chaque narine et l'on commence la narcose. Si le sommeil doit être longtemps entretenu, on répète la cocaïnisation toutes les demi-heures.

Sur les effets des inhalations prolongées d'éther.

Pour apprécier les dangers liés à l'anesthésie chloroformique, on ne considère généralement que les accidents survenant soit pendant la narcose, soit immédiatement après. Différents auteurs ont depuis longtemps déjà observé sur les animaux qu'une chloroformisation de longue durée peut avoir pour conséquences des altérations considérables des tissus, surtout la dégénérescence graisseuse du muscle cardiaque. Dans ces derniers temps, Frænkel (*Archives de Wirchow*, 127 et 129) a publié quelques cas de

sujets morts un certain temps après une chloroformisation de longue durée : dans ces cas, les recherches anatomiques ont montré des transformations très nettes et en partie graves des organes vitaux, transformations qui, pour l'auteur, doivent être attribuées aux inhalations de chloroforme. Lelhach a recherché comment l'éther se comporte sous ce rapport. Dans une série de recherches, des chiens, des lapins, des chats furent soumis à des inhalations d'éther prolongées et répétées et tués on pendant la narcose, on quelque temps après. Dans aucun cas, des transformations considérables des tissus n'ont été vues qui auraient pu être attribuées à l'action de l'éther. Lelhach conclut de ces recherches que la dégénérescence graisseuse des tissus par l'éthérisation, si elle se produit parfois, ne saurait être importante ; le danger de suites mortelles après une éthérisation prolongée est donc moindre qu'après une chloroformisation de longue durée.

Moyen de rendre moins désagréable l'ingestion de l'huile de ricin. (*Zeitschrift für Krankenpflege*).

Prendre de l'huile de ricin est, on le sait, désagréable et c'est pourquoi les moyens les plus divers ont été donnés pour enlever à ce médicament son goût désagréable. Pour les enfants, on peut rendre l'huile agréable en la mélangeant dans une cuiller à bouche avec du sucre candi ordinaire, brun non raffiné. On triture le tout de manière à en faire un bonbon assez consistant, bien aggloméré, que l'enfant prend sans répugnance et qui n'a aucun goût désagréable.

Pour les adultes, ce mélange trop sucré peut être aussi rebutant que l'huile pure ; on emploie pour eux le procédé suivant : on verse une cuillerée à bouche d'huile de ricin et une tasse de lait tiède dans une bouteille qui doit être assez grande pour que le mélange ne la remplisse qu'à moitié, on agite fortement pendant un certain temps. On obtient alors une émulsion qui n'a ni l'odeur, ni le goût de l'huile de ricin et qui se laisse prendre facilement.

Recherches sur la présence du bacille tuberculeux dans la poussière des chambres de phtisiques, par M. M. Kirchner (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XIX, l).

On se rappelle les intéressantes recherches de Cornet sur la diffusion des bacilles tuberculeux en dehors de l'organisme et les constatations que cet auteur avait fréquemment faites de la présence du bacille de Koch sur le plancher, les murs ou les meubles des locaux habités par des phtisiques. Les expériences de M. Kirchner sont un peu plus rassurantes au point de vue de la prophylaxie de la tuberculose. Cet auteur a étudié bactériologiquement la poussière du plancher, des meubles, etc., des salles d'un lazaret militaire consacré au traitement des phtisiques, dont les crachats étaient soigneusement recueillis dans des vases spéciaux stérilisés ensuite. Les poussières étaient prélevées au moyen de petites éponges stérilisées et on s'en servait ensuite pour inoculer des cobayes.

Dans une série de recherches différentes, formant un total de quarante-deux inoculations, aucun cobaye, sauf un seul, ne devint tuberculeux ; les animaux succombèrent soit aux suites de l'opération, soit au tétanos, à l'œdème malin, etc., ou restèrent bien portants. Le seul qui mourut de tuberculose avait été inoculé au moyen de poussières recueillies sur la table de nuit d'un malade atteint d'une phtisie très grave.

Cet ensemble de constatations est fait pour rassurer et pour montrer que la désinfection des crachats pratiquée avec soin est suffisante pour éviter la diffusion de la tuberculose ; le séjour auprès d'un phtisique sera donc sans danger, si non seulement les crachoirs, mais aussi les ustensiles dont se sert le malade, les verres, les vases, les bassins, etc., tous les objets en un mot qui peuvent être souillés par l'expectoration ou par les déjections, subissent une stérilisation suffisante. Les conclusions prophylactiques qu'on peut tirer des recherches de M. Kirchner présentent par conséquent un très réel intérêt.

AMÉRIQUE

De l'intervention opératoire dans les cas de gangrène de l'intestin par thrombose ou embolie des vaisseaux mésentériques, par M. J.-W. Elliot. (*Annals of Surgery*, janv. 1895.)

Les cas de gangrène de l'intestin par thrombose ou embolie des vaisseaux mésentériques ont été généralement considérés jusqu'ici comme étant au-dessus des ressources de la chirurgie. Cependant, M. Elliot rapporte l'observation d'un malade qu'il a opéré avec succès dans ces conditions. Il s'agit d'un homme de vingt-cinq ans, entré le 10 juillet 1894 à l'hôpital général du Massachusetts. Dix mois auparavant, il avait eu une hernie inguinale droite étranglée qui fut réduite avec peine par le taxis. Depuis deux semaines, il ressentait des douleurs dans la région hypogastrique. La veille de son entrée à l'hôpital, il fut pris de vomissements et de douleurs dans l'aine droite. Le matin du 10 juillet, il eut une selle et il put vaquer à ses occupations, mais au bout d'une heure il éprouva une douleur intense dans la partie inférieure de l'abdomen et les vomissements reparurent. Dans la nuit suivante, l'état du malade s'aggrava au point qu'une intervention fut jugée nécessaire malgré l'absence d'un diagnostic précis et pratiquée le 11 juillet à onze heures du matin. L'incision, faite au-dessus du ligament de Poupart du côté droit, donna issue à une grande quantité de liquide sanguinolent et l'on arriva sur une masse intestinale formée par plusieurs anses du jéjunum présentant des signes certains de gangrène. On chercha en vain une cause d'étranglement. Les vaisseaux mésentériques étaient épaissis et paraissaient thrombosés. On réséqua 122 centimètres d'intestin et, vu l'état général très grave du malade, on renonça à la suture et l'on fixa rapidement les deux bouts dans la plaie, de façon à établir un anus contre nature, que l'on chercha à fermer par une opération ultérieure (27 juillet). L'opéré supporta très bien cette nouvelle intervention, mais conserva une fistule qui nécessita, deux mois et demi plus tard, la résection et la suture de l'intestin. Dès lors, la guérison fut complète. L'état de la nutrition est resté excellent, malgré la perte d'une portion aussi considérable du tube intestinal. L'examen de l'intestin réséqué démontra que ce dernier était le siège d'un infarctus hémorrhagique consécutif à une thrombose de la veine mésentérique supérieure. Quant à la cause de cette thrombose, elle n'a pu être élucidée. Suivant M. Elliot, il n'existe pas, au moment de l'opération, de torsion de l'intestin autour de son axe mésentérique. On pourrait, toutefois, lui objecter que la détorsion a pu s'opérer spontanément au moment de la brusque décompression produite par la sortie de l'épanchement péritonéal.

L'auteur a opéré dans des conditions analogues un homme de soixante-dix ans, entré à l'hôpital le 21 juin 1894. Six mois auparavant il avait été atteint d'une paralysie des membres inférieurs dont il n'était guéri que depuis peu de temps. Trois jours avant son entrée à l'hôpital il avait commencé à éprouver à l'épigastre une douleur sourde qui devint de plus en plus intense ; puis survinrent des vomissements et le ventre se ballonna à un haut degré. On posa le diagnostic d'obstruction intestinale due probablement à un carcinome du côlon descendant.

Le 23 juin on fit la laparotomie et l'on trouva des gaz libres et des matières fécales liquides dans la cavité péritonéale. On établit un anus contre-nature sur le côlon descendant distendu. Le malade succomba au bout d'une semaine. A l'autopsie on constata une gangrène d'une portion du côlon descendant, due à la thrombose d'une des branches de l'artère mésentérique. Le vaisseau obstrué présentait les altérations de l'endartérite chronique.

Une mort rapide est la conséquence nécessaire d'une obstruction *subite* de l'artère mésentérique supérieure par thrombose ou embolie. Le premier symptôme observé est une douleur vive sous forme de coliques ; puis surviennent ordinairement des vomissements ainsi que des selles sanguinolentes parfois très abondantes. Lorsque ces dernières font défaut, le tableau clinique est tout à

fait celui de l'occlusion intestinale aiguë. D'autre part, la présence du sang dans les selles peut faire croire à une invagination ; toutefois, l'hémorrhagie est plus abondante dans les cas d'obstruction artérielle. Quant à la thrombose des veines mésentériques, elle est encore plus rapidement mortelle que l'occlusion des artères. La mort survient le second ou le troisième jour avec les symptômes de l'iléus. Cependant, ici encore on observe souvent des selles sanguinolentes, et alors l'invagination peut seule être prise en considération dans le diagnostic.

M. Elliot n'a relevé jusqu'à ce jour que trois cas opérés sans diagnostic préalable ; tous les trois se sont terminés par la mort. Seule, l'intervention précoce a des chances de succès, comme le prouve le premier cas de l'auteur, opéré vingt-quatre heures après le début des symptômes ; encore s'agissait-il d'un homme jeune et habituellement bien portant.

Le plus souvent, l'obstruction des vaisseaux mésentériques se produit chez des individus affectés de lésions cardiaques, d'athérome artériel ou de cirrhose du foie. Dans ces conditions, il n'est guère permis de compter sur le succès d'une intervention chirurgicale.

NORVÈGE

Hypertrophie de la prostate guérie par la castration hilatérale, par MM. F. et A. Koren (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, janvier 1895).

Les auteurs ont pratiqué l'opération exécutée pour la première fois avec succès, en 1893, par un médecin norvégien, M. F. Ramm. Leur malade était un homme de soixante-six ans, qui souffrait d'une hypertrophie de la prostate avec rétention d'urine ; la glande mesurait 4 centimètres de hauteur sur 6 de largeur. L'ablation des deux testicules fut faite le 18 juillet dernier, Pendant la première quinzaine qui suivit l'opération on évacua l'urine avec la sonde, la miction ne se faisant pas naturellement, bien que, dès le septième jour, on put constater un ramollissement et une diminution de volume de la prostate qui, à ce moment, n'avait plus que 3 centimètres sur 4. A partir du commencement d'août, l'émission de l'urine eut lieu spontanément.

Au mois de novembre, par l'exploration rectale, on constatait que les dimensions de la prostate étaient seulement de 2 centimètres sur 3, et que cette glande ne faisait plus saillie sur le rectum ; le malade pouvait uriner quand il voulait et le jet était énergique, il ne se relevait qu'une fois par nuit. En un mot, l'hypertrophie de la prostate avait disparu avec tous ses symptômes.

Ce cas, ajouté à ceux que l'on trouve dans la littérature médicale, prouve que la castration est plus efficace que les divers autres moyens employés jusqu'ici contre l'hypertrophie prostatique.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 10 septembre.

Sur un cas de mastite traumatique chez l'homme.

M. Duguet. — Au nom de M. Huguet (médecin militaire) je présente le moulage de la poitrine d'un blessé atteint de mastite traumatique.

C'est à la suite d'un coup de tête de cheval ayant contusionné le sein droit que cette affection s'est développée. Elle a d'abord été traitée par l'application de compresses antiseptiques, puis par des onctions d'onguent napolitain, et enfin par des ventouses scarifiées suivies d'une compression ouatée.

Les douleurs ont disparu grâce à ce traitement et le malade put recouvrer l'usage de son membre supérieur droit, mais il présente encore une hypertrophie considérable du sein correspondant. La palpation profonde révèle la présence d'une masse indurée qui refoule en bas les éléments sains de la glande et qui accentue en haut et en dehors la saillie du sillon thoraco-mammaire.

Il s'agit donc, dans ce cas, d'une mastite traumatique terminée par une induration hypertrophique, ce qui est l'issue la plus habituelle de cette affection.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 2 septembre.

Sur la présence de l'argon et de l'hélium dans certaines eaux minérales.

M. Bouchard. — Depuis déjà longtemps, on a signalé que de certaines eaux des Pyrénées il se faisait des émanations de fines bulles gazeuses, peu de temps après que ces eaux avaient été puisées et se continuaient pendant un temps variant avec la source, quelquefois même pendant des heures. Il est de fait que, dans ces eaux rendues légèrement alcalines par le sulfure et le silicate de sodium, les gaz émanés ne peuvent être ni l'oxygène ni l'acide carbonique et par élimination autant, sans doute, que par l'absence des caractères positifs de ce corps, on a admis que ce gaz était de l'azote.

Ce sont surtout les médecins espagnols qui ont fixé leur attention sur cette particularité des eaux pyrénéennes et ils ont désigné sous le nom d'*azoades* les eaux qui dégagent de l'azote. On les rencontre sur le versant espagnol des Pyrénées, on les rencontre aussi sur le versant français, dans certaines stations balnéaires, surtout à Canterets, dans la source de la Raillère.

On voit enfin, dans d'autres sources des Pyrénées qui sont sans effervescence, se dégager par intervalles, au griffon, de grosses bulles de gaz que l'on considère aussi comme étant de l'azote.

Tout récemment, à Cauterets, j'ai voulu me renseigner sur la nature des gaz qui donnent lieu à ces deux séries de phénomènes. J'ai pu recueillir des quantités assez considérables de gaz au point d'émergence, avant tout contact avec l'air, à la source de la Raillère et à deux griffons qui alimentent la source du Bois. Enfin, j'ai pu examiner le gaz retiré par la pompe à mercure, puis par l'ébullition de l'eau de la Raillère transportée.

M. Troost a bien voulu m'aider pour la détermination des caractères physiques et cliniques de ces gaz. C'est avec son assistance qu'ont été obtenus les résultats que je vous communique.

Ces gaz, desséchés sur la potasse et l'anhydride phosphorique, ont les caractères de l'azote : chauffés au rouge, pendant quarante-huit heures, sur des fils de magnésium, ils perdent leur volume initial en même temps que les fils se recouvrent d'une couche jaune qui, exposée à l'air, devient blanche et dégage de l'ammoniaque. Si l'on introduit le gaz ainsi réduit dans des tubes de Plücker à fils de magnésium et si, sous une faible pression et avec l'effluve capable d'amener un suffisant échauffement du magnésium, on épuise les dernières traces d'azote dont le spectre disparaît, on reconnaît alors que les gaz qui subsistent ne sont pas les mêmes pour les diverses provenances.

Les gaz recueillis au griffon de la Raillère, ou extraits par l'ébullition de l'eau de la même source, ont donné les raies caractéristiques de l'argon, ainsi que les raies caractéristiques de l'hélium.

Les gaz recueillis aux griffons des sources du Bois ont donné tous deux les raies caractéristiques de l'hélium.

Les gaz recueillis à l'un des deux griffons du Bois (celui dont la température est la plus basse) donnent à penser, en raison de l'abondance des raies dans le rouge et le rouge orangé, qu'ils renferment, à côté de l'hélium, quelque autre élément.

Dans l'ignorance où l'on est actuellement des propriétés physiologiques de l'hélium et de l'argon, il est permis de se demander s'il y a quelque concordance entre les propriétés médicinales des eaux des Pyrénées et la composition des gaz qui s'en dégagent. A défaut de l'azote, à laquelle on ne doit plus penser, les vertus des azoades dépendraient-elles des gaz qui sont chimiquement moins actifs que l'azote et qui sont, dans ces eaux, en proportion moindre que l'azote? C'est possible, mais la question deviendrait inutile si l'on démontrait la présence de ces gaz, en proportions analogues, dans les eaux qui coulent ou qui séjournent à la surface de la terre et qui servent à notre alimentation.

On pourrait admettre que les gaz contenus dans les eaux minérales ont leur origine dans l'air entraîné par ces eaux de la surface vers la profondeur. Ces eaux, après s'être alcalinisées par un sulfure, abandonneraient l'oxygène et l'acide carbonique et ne contiendraient plus que l'azote et l'argon.

Il semble néanmoins dès à présent que, à l'origine atmosphérique possible d'une part de l'argon et peut-être de l'hélium, doit s'ajouter quelque action souterraine, puisque, si l'une des sources examinées contient ces deux gaz, une autre ne renferme que l'hélium, une autre enfin contient avec l'hélium quelque chose qui n'est pas l'argon.

Cette étude réclame nécessairement celle de la composition des gaz contenus dans les eaux qui sont à la surface de la terre. Les résultats de cette étude, qui est en cours, seront communiqués ultérieurement.

LES LIVRES

Société d'Editions scientifiques, place de l'Ecole-de-Médecine, 4, rue Antoine-Dubois, Paris.

Traité des tumeurs de la vessie (*tumeurs intra-vésicales et para-vésicales*), par le Dr Clado, chef des travaux de gynécologie à l'Hôtel-Dieu, ancien chef de laboratoire de la Faculté et chef de clinique à l'Hôtel-Dieu. Préface par le professeur Duplay. Un volume de 750 pages avec 126 figures et 18 tableaux dans le texte.

Après l'admirable volume écrit en 1892 par M. Albarran, alors chef de la clinique des voies urinaires à l'hôpital Necker, le présent livre était bien fait pour donner au public médical une idée plus complète et encore plus neuve des tumeurs de la vessie.

M. Clado s'est tout d'abord fait un devoir de donner à chacun ce qui lui était dû, et, dans un historique parfait, il s'est appliqué à restituer aux ayant-droit certaines priorités que l'on continuait, par tradition, à attribuer à d'autres. Cet historique est d'ailleurs complété par une bibliographie détaillée sur tout ce qui a été écrit relativement aux tumeurs de la vessie.

L'anatomie pathologique a permis à M. Clado de nous donner, le premier, un aperçu général sur l'évolution des néoplasmes vésicaux et, partant, une classification rationnelle de ces néoplasmes en : tumeurs épithéliales, conjonctives et musculaires, tumeurs mixtes, dégénérées et tumeurs kystiques, enfin tumeurs paravésicales et tumeurs rares de la vessie.

La symptomatologie des tumeurs de la vessie a été traitée de main de maître par M. Clado. Il est deux points de cette étude qui attirent plus particulièrement l'attention du lecteur et sont appelés à rendre les plus grands services au clinicien. Nous voulons parler du chapitre, entièrement original, consacré par M. Clado à l'étude de l'*urologie* au point de vue du diagnostic des tumeurs de la vessie, et du chapitre dans lequel M. Clado s'applique à régler, dans tous ses détails, le manuel opératoire de la cystoscopie destinée, comme on sait, à se généraliser de plus en plus, après les travaux de Désormeaux qui l'a créée.

A une telle exposition des méthodes qui peuvent le mieux nous renseigner sur l'état de la vessie et sur la présence d'une tumeur dans les parois de cet organe, il fallait joindre une étude complète du diagnostic des tumeurs vésicales. M. Clado l'a faite en analysant et discutant la tumeur à ses différentes étapes et en donnant jusqu'à la détermination du siège, du mode d'implantation et de la nature même de la tumeur.

Dans la description de l'intervention opératoire à apporter aux tumeurs vésicales, M. Clado insiste avec détails sur son procédé de taille par la création d'une fenêtre pubio-hypogastrique. Cette opération comporte la résection temporaire d'une partie du pubis et réalise ainsi une ouverture maxima. Elle n'a été faite jusqu'ici que sur le cadavre. Mais elle a réussi au cours d'expériences sur des chiens. Elle pourra réussir, à l'occasion, sur l'homme.

M. Clado traite ensuite de la résection de la vessie. C'est là une méthode sur laquelle on n'a pas suffisamment insisté jusqu'ici. Les expériences faites par M. Clado, les procédés personnels et rationels qu'il propose permettent, néanmoins, de rendre justiciables de l'exérèse, à l'égal des autres tumeurs de l'économie, les tumeurs vésicales qui sont plus difficilement accessibles.

Malgré tant de hardiesse, M. Clado n'oublie pas, pour l'intervention opératoire, la clinique. Mais il discute, en terminant, toutes les indications et contre-indications qui devront guider le chirurgien dans le traitement des tumeurs de la vessie ; et cette partie de son ouvrage, marquée au coin de la bonne et saine clinique, lui fait le plus grand honneur.

Chez Alex. Coccoz, 11, rue de l'Ancienne-Comédie, Paris.

Sclérose linguale superficielle et leucokératose, leur traitement par les pulvérisations d'eau minérale, par le Dr P. Bénard, médecin aux eaux de Saint-Christan, in-8o, 1895. Prix : 1 fr.

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

FACULTÉS

Faculté de médecine de Bordeaux.

Thèses soutenues pendant l'année scolaire 1894-1895.

Louradour. — Contribution à l'étude du cancer primitif du clitoris.

Dupeyron. — La vie intra-utérine au point de vue médico-légal.

Long. — Du traitement chloruré sodique dans la scrofule infantile.

Viratel. — De l'action de l'arsenic sur la nutrition.

François dit Jonchères. — Contribution à l'étude de la sérothérapie dans la diphtérie (ses résultats à l'hôpital des enfants de Bordeaux).

Fournier. — De l'arthrodèse du genou.

Gusse. — De la vision chez les élèves d'un lycée.

Duclos. — Etude sur les dimensions du cristallin.

Maffré de Lastens. — De la valeur du procédé optométrique de Cuignet dans le diagnostic des amétropies chez les enfants (observations recueillies à l'hôpital des Enfants assistés de Bordeaux).

Cabannes. — Contribution à l'étude des hémorrhagies intra-oculaires après l'extraction de la cataracte.

Vitrac. — Drainage de l'utérus ; procédés les plus usuels ; description d'un procédé nouveau.

Lautraite. — Neurasthénie et hémorrhagies des muqueuses.

Vialloux. — De l'action antithermique du gaïacol.

Audouin. — Traitement de la pleurésie tuberculeuse par la sérothérapie.

Delmas-Marsalet. — Etude générale des déviations utérines consécutives à la fièvre puerpérale.

Brieu. — Le cathétérisme et la miction spontanée post-partum dans les maternités de Bordeaux.

Donnadieu. — De l'anurie calculeuse et en particulier de son traitement chirurgical.

Lambert. — De l'uréthrectomie dans les rétrécissements péniens.

Vary dit Farvacque. — Hernies de la vessie à travers l'urèthre.

Degos. — De la péritonite à pneumocoques primitive ou isolée.

Cardeillac. — Des modifications urinaires consécutives aux injections de sérum antidiphtérique.

Ginestet. — Contribution à l'étude des traumatismes de l'oreille moyenne.
Audignon. — Considérations sur l'hélénine dans son emploi comme médicament.
Terrade. — Etude sur l'amygdalite lacunaire ulcéreuse aiguë.
Delmas. — Maladies infectieuses aiguës et paralysie générale. Contribution à l'étude étiologique de la paralysie générale.
Daroux. — Indications et résultats du curettage dans les inflammations chroniques de l'utérus.
Nonvel. — De la pathogénie des kystes du vagin.
Vignes. — Contribution à l'étude du carcinôme de l'ovaire.
Mourié. — Contribution à l'étude du cancer primitif du voile du palais et de la luette.
Pitot. — Des accidents osseux de la dent de sagesse. Contribution à l'étude de leur pathogénie.

NOUVELLES

Congrès de thalassothérapie.

Les questions mises à l'ordre du jour du prochain Congrès de thalassothérapie sont les suivantes :

1° Quel est le résultat du séjour au bord de la mer sur les phénomènes intimes de la nutrition ?

2° Quels sont, au point de vue de la généralisation de la tuberculose, les effets de la cure marine ?

3° Quelle est l'influence du séjour au bord de la mer et du traitement marin en général sur l'appareil cardio-vasculaire.

Des rapporteurs seront nommés ultérieurement pour l'étude de ces questions.

Le prochain Congrès se tiendra à Arcachon, l'an prochain. La date sera fixée ultérieurement.

Congrès de gynécologie, d'obstétrique et de pædiatrie.

Le prochain Congrès de gynécologie, d'obstétrique et de pædiatrie se tiendra en 1898 à Marseille.

Création d'une école de plein exercice de médecine à Rennes.

Par décret, l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Rennes est supprimée à dater du 1er janvier 1896.

Il est créé à Rennes, à partir du 1er janvier 1896, une école de plein exercice de médecine et de pharmacie.

NOTES POUR L'INTERNAT

PLACENTA PRŒVIA

Insertion vicieuse du placenta ; — Insertion du placenta sur le segment inférieur : Pinard a fait remarquer que cette dernière dénomination était plus conforme à la réalité, car l'expression de *placenta prœvia* ne s'applique qu'aux cas où le placenta se trouve presque complètement en avant du fœtus, ce qui est exceptionnel : une fois sur 1,000 accouchements.

Définition.

Il y a *insertion vicieuse*, ou mieux *sur le segment inférieur*, toutes les fois que le placenta empiète par son insertion sur la partie inférieure de l'utérus. Cette partie inférieure est limitée supérieurement et séparée de la zône moyenne par une ligne circulaire qui correspond à l'anneau de Bandl et qui est située à 0.10 cent. environ de l'orifice du col.

Historique.

Ignorée des anciens accoucheurs qui croyaient que le placenta s'insère toujours au fond de l'utérus. Pour eux les hémorrhagies de la grossesse et du travail étaient toujours dues au décollement prématuré du placenta qui, dans certains cas, pouvait par son propre poids tomber sur le col.

Paul Portal, le premier, a parlé de l'insertion du placenta sur le segment inférieur.

Levret démontre par des observations cliniques et des autopsies l'existence de l'insertion vicieuse.

Robert Barnes (1847) considère comme insertions vicieuses les cas où le placenta s'insère dans cette calotte sphérique qui comprend la portion de l'utérus qui doit concourir à l'ampliation du col pendant le travail. Cette zône, limitée supérieurement par l'anneau de Bandl, correspondrait à la portion du segment inférieur nécessaire pour coiffer la partie de la tête fœtale qui s'étend de l'occiput jusqu'aux deux bosses pariétales, c'est-à-dire à une hauteur de 76 millimètres.

Causes.

Très mal connues. Osiander a montré qu'elle était plus fréquente chez les multipares que chez les primipares. Scanzoni, Schrœder, Depaul considèrent, comme causes prédisposantes, le ramollissement et le relâchement de la matrice, unis à l'élargissement de la cavité utérine, conditions qui s'observent principalement chez les multipares.

Fréquence.

Les auteurs donnent des chiffres différents et varient de 1 pour 242 (Depaul) à 1 pour 1564 (Schwartz). Ces différences tiennent à ce qu'un grand nombre d'insertions vicieuses ne se révèlent par aucun symptôme et passent inaperçues.

Caractères anatomiques.

En examinant l'arrière-faix après la délivrance on constate les caractères suivants :

L'un des côtés de l'orifice de rupture des membranes siège *à moins de 10 centimètres du bord du placenta* (Pinard). Chaque fois que ce signe sera constaté, on peut dire qu'il y avait insertion du placenta sur le segment inférieur, puisque ce dernier n'a que 10 centimètres de hauteur et que la rupture des membranes se fait généralement au centre de la partie inférieure. Cet examen ne pourra pas être fait avec certitude si les membranes sont déchirées, incomplètes.

Le placenta est aplati, étalé, quelquefois formé de deux lobes distincts. Les cotylédons sont atrophiés par places, hypertrophiés dans d'autres (Hofmeier, Ahlfeld, Schrœder).

Près du placenta, les membranes sont épaissies.

Le sinus marginal peut être rompu, et cette rupture n'est pas de date récente, ainsi que le prouvent des caillots déjà anciens au niveau de l'orifice de rupture.

Enfin, une portion de la périphérie placentaire a pu être décollée ; on constate alors en ce point de l'œdème et des ecchymoses, des caillots adhérents, formés depuis plusieurs heures et même plusieurs jours.

On dit que l'insertion est : *complète* ou *centrale*, quand le placenta recouvre la totalité de l'orifice utérin, — Pinard dit n'avoir jamais rencontré d'exemple de cette variété ; *partielle* ou *incomplète*, quand un bord du placenta fait saillie dans l'aire de l'orifice utérin ; *marginale*, quand l'arrière-faix s'insérera près de l'orifice de la matrice sans effleurer son pourtour.

Symptômes.

Le placenta prœvia peut, dans beaucoup de cas, ne donner lieu à aucun symptôme spécial. Cependant, il est un certain nombre d'accidents qui s'observent assez fréquemment.

On les divise en :

1° *Symptômes pendant la grossesse* ;

2° *Symptômes pendant l'accouchement*.

I. Symptômes pendant la grossesse.

1° Hémorrhagie

Le plus important de tous les symptômes. L'hémorrhagie survient surtout *pendant les deux ou trois derniers mois de la grossesse*, sans cause, brusquement ; elle peut être consi-

dérable, revient d'une façon intermittente et même périodique. Elle cesse spontanément.

Mécanisme de l'hémorrhagie.

Pour Jacquemin, Depaul, le segment inférieur se développant pendant les derniers mois de la grossesse, le placenta, qui est presque entièrement constitué à ce moment, ne peut pas suivre le développement des paroi sur lesquelles il est inséré, d'où séparation entre le tissu utérin et le tissu placentaire, rupture des vaisseaux utéro-placentaires et hémorrhagie.

Pour Barnes, l'hémorrhagie serait due à un excès de développement du placenta, qui n'aurait plus la place suffisante. De plus, il fait jouer un certain rôle à une sorte de congestion qui se produirait chaque mois au niveau du placenta.

D'après Delore, au moment de chaque *contraction indolore de la grossesse*, contractions qui s'observent à partir du sixième mois, le placenta par suite de sa situation vicieuse subit une pression plus forte à sa partie supérieure qu'au voisinage de l'orifice.

La pression va en décroissant et quelque minime que soit l'orifice utérin, la contrepression des parois est 0 à son niveau. Or, la contraction a pour effet d'augmenter la tension intra-utérine, ce sera donc vers le point où la pression est nulle, c'est-à-dire au niveau de l'orifice utérin, que va affluer avec violence le sang des sinus placentaires, d'où hémorrhagie.

Pour Schrœder, l'hémorrhagie serait due au glissement de la paroi utérine sur l'œuf.

Enfin, Pinard, comme Delore, fait jouer aux contractions indolores de la grossesse le principal rôle. Ces contractions déterminent une pression qui s'exerce sur toute la périphérie de l'œuf, mais surtout au niveau du segment inférieur. Lorsque le placenta est inséré sur la zône moyenne, grâce à l'extensibilité des membranes qui tapissent le segment inférieur, la pression s'atténue et le placenta n'est pas tiraillé. S'il est, au contraire, inséré sur le segment inférieur, il se produit une expansion considérable de la portion de segment inférieure laissée libre par le placenta, d'où distension anormale du chorion et tiraillement du placenta et hémorrhagie.

2° RUPTURE PRÉMATURÉE DES MEMBRANES.

Pinard a montré que le placenta prævia était la cause la plus habituelle de la rupture prématurée des membranes. Dans 147 cas, 105 fois les membranes mesuraient d'un côté moins de 0.10 centimètres. Cette rupture a lieu lorsque le chorion n'est pas assez extensible pour résister à la pression du liquide, ou parce que les adhérences inter-utéro-placentaires sont assez solides pour résister aux tiraillements. Si l'hémorrhagie a précédé cette rupture, elle cesse ordinairement.

3° PRÉSENTATIONS VICIEUSES.

Le placenta, occupant une partie du segment inférieur, empêche l'engagement de la partie fœtale, d'où mobilité du fœtus et prédisposition aux présentations vicieuses.

4° ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ.

Dû souvent à la rupture prématurée des membranes. Sur 167 cas d'accouchements prématurés. dus à l'insertion vicieuse du placenta, il y avait eu 72 fois rupture prématurée (Ribemont).

Peut survenir aussi à la suite de l'hémorrhagie et par la gêne apportée au développement du segment inférieur par le placenta.

II. Symptômes pendant l'accouchement.

S'il y a eu des hémorrhagies pendant la grossesse et si les membranes ne se sont pas rompues spontanément avant le travail, ces hémorrhagies vont augmenter de violence. Levret a montré que ces hémorrhagies étaient dues au décollement du placenta consécutif à la dilatation graduelle du col sur lequel il était inséré. Rigby, Leroux, Baudelocque, Gardien, Capuson, Velpeau, Barnes, soutiennent cette opinion. Pinard pense que ce décollement est dû, ici encore, aux tiraillements que subit le placenta par le fait de la distension des membranes au moment de chaque contraction, puisque leur rupture amène l'arrêt de l'hémorrhagie. A mesure que la partie fœtale descend, par suite de la compression qu'elle exerce sur le placenta, le suintement sanguin s'arrête, en apparence du moins, car le sang peut s'accumuler derrière la partie fœtale.

La dilatation est généralement assez lente, la partie fœtale s'engageant difficilement.

La procidence du cordon est assez fréquente, en raison de la situation basse du placenta.

Au moment de la délivrance, le placenta se présentera le plus ordinairement par sa face utérine ou par son bord. Il peut y avoir à ce moment une nouvelle hémorrhagie par suite du défaut de rétraction du segment inférieur.

Diagnostic.

1° PENDANT LA GROSSESSE.

On peut presque affirmer la présence du placenta dans le voisinage du col par cela seul qu'une hémorrhagie survient dans les trois derniers mois de la grossesse.

Toucher : Le segment inférieur paraît avoir une épaisseur plus considérable que normalement, il est en même temps beaucoup plus mou. On perçoit difficilement à travers son épaisseur la partie fœtale ; on ne sent pas de ballottement vaginal. Si le col est perméable, on arrive sur une masse spongieuse, mamelonnée, assez molle : c'est le placenta, ou sur des membranes épaisses, avec des rugosités caractéristiques qui suffisent pour affirmer que le placenta n'est pas loin.

Palper : La partie fœtale est à peine amorcée, elle s'applique mal sur l'aire du détroit supérieur et, si on cherche à l'abaisser, on est arrêté par une résistance molle toute particulière, différente de celle qu'on obtiendrait si on avait affaire à un bassin rétréci. Enfin, fréquence des présentations du siège et de l'épaule.

2° PENDANT LE TRAVAIL.

Hémorrhagie. — Par le toucher, si la dilatation est suffisante, on arrive sur la surface placentaire, facile à reconnaître.

Dans un grand nombre de cas, lorsque le placenta est inséré assez haut, il ne se révèle par aucun signe et, seul, l'examen des membranes après la délivrance permet de faire le diagnostic rétrospectif.

Pronostic.

50 0/0 des fœtus succombent.

Pour la mère, la mortalité qui était de 24 0/0 avant l'antisepsie, est encore de 5 0/0.

La gravité varie avec la précocité de la première hémorrhagie, avec le nombre de ces hémorrhagies ; plus l'insertion se rapproche du col, plus le pronostic est sombre. Il faut encore compter avec la résistance de l'orifice utérin à la dilatation, avec l'intensité des contractions, avec la présentation, celle du sommet étant la meilleure (d'après Pinard), avec la mort du fœtus qui, survenue pendant la grossesse, ralentit l'activité de la circulation utéro-placentaire et par conséquent améliore le pronostic de l'hémorrhagie.

Le Directeur-Gérant : F. DE RANSE.

Société nouvelle de l'IMPRIMERIE SCHILLER (en formation). — BOURGEOIS. Paris. — 10, rue du Faubourg-Montmartre.

66e Année. 9e Série. Tome II — N° 38 — 21 Septembre 1895

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : Dr F. de RANSE — Rédacteur en chef : Dr Pierre SEBILEAU

Secrétaire de la Rédaction : M. Em. EMERY

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 28, rue Vignon

CLINIQUE DES MALADIES DES VOIES URINAIRES

HOPITAL NECKER — M. ALBARRAN, PROFESSEUR AGRÉGÉ

Etude sur le rein mobile.

(Pathogénie des symptômes, indications thérapeutiques, technique opératoire.)

(Suite et fin.)

En présence des résultats contradictoires obtenus par ces différents auteurs, j'ai voulu étudier moi-même la question, à l'aide de documents expérimentaux, des observations cliniques et des pièces provenant d'individus opérés par la néphrorrhaphie.

Au point de vue expérimental je me suis borné à pratiquer, chez des chiens, la néphrorrhaphie lombaire avec suture intra-parenchymateuse au catgut en faisant chez les uns la décortication de la capsule propre, tandis que chez les autres je me bornais à la simple fixation sans décortication. Voici deux dessins qui représentent les pièces, conservées au musée Guyon, de deux chiens opérés par ces deux procédés et sacrifiés six semaines après l'opération. Vous voyez que, chez le chien qui a subi la décortication de la capsule propre, il existe une adhérence complète et solide avec la paroi lombaire, adhérence qui s'étend au delà de la portion décortiquée : la fixation ainsi obtenue est parfaite. Chez le second chien, celui dont la capsule propre a été conservée, vous voyez que l'adhérence entre le rein et la paroi est très intime : elle est constituée par trois gros tractus fibreux qui correspondent aux fils de catgut ; ces tractus présentent une épaisseur au moins triple de celle des fils employés. Dans l'intervalle de ces tractus vous voyez, en arrière, deux logettes dans lesquelles il existait de la graisse qu'on a enlevée pour dessiner la pièce ; en avant l'adhérence est plus intime ; on voit encore trois gros tractus correspondant aux fils antérieurs, mais entre eux le rein adhère encore à la paroi par du tissu fibreux moins dense. Dans l'ensemble le rein est parfaitement fixé à la paroi lombaire ; lorsqu'on tire sur lui on détermine une forte dépression de la cicatrice cutanée et il serait impossible de détacher le rein sans le déchirer.

Ces expériences vous montrent que, si l'adhérence du rein à la paroi est plus intime lorsqu'on pratique la décortication de la capsule propre, on obtient aussi une fixité parfaite du rein par la néphrorrhaphie sans décortication.

En étudiant au microscope des coupes de ces deux reins, on constate que le tissu conjonctif périphérique s'est disposé autour du rein de manière à constituer une sorte de nouvelle capsule à strates parallèles à la surface du viscère ; en dehors cette nouvelle capsule se continue avec la paroi abdominale, muscles et aponévroses, par un tissu ferme, mais un peu moins dense. Du côté du rein vous voyez une zône de sclérose que vous comprendrez bien en comparant les deux dessins : les tubes contournés sont séparés par du tissu conjonctif plus dense et plus abondant qu'à l'état normal ; par places la sclérose est plus prononcée, le tissu interstitiel plus abondant enserre les tubes urinifères, dont l'épithélium est en dégénérescence granuleuse.

Ces lésions sont d'ailleurs bornées à la couche périphérique de la substance corticale et je n'ai pas constaté qu'elles s'étendent jusque dans la portion médullaire, comme le dit Zatti. Il est possible que cet auteur ait examiné des fragments profonds du rein aux alentours des fils parenchymateux et qu'il ait attribué à la décortication des lésions qui doivent être mises sur le compte de la présence des fils suspenseurs.

La section passe dans l'intervalle des deux fils suspenseurs. La capsule propre du rein est très épaissie et se continue en dehors avec des tractus conjonctifs qui l'unissent aux aponévroses et aux muscles de la paroi postérieure de l'abdomen. Le rein lui-même est absolument sain ; un tissu conjonctif délié sépare les tubes contournés dont l'épithélium est normal.

L'étude comparée de ces deux coupes microscopiques vous montre que la décortication du rein dans la néphrorrhaphie détermine, dans la substance corticale, des lésions de sclérose que l'on n'observe pas dans la néphrorrhaphie sans décortication. Elle vous enseigne encore d'une manière évidente que la capsule propre est capable de proliférer, puisque vous la voyez adhérer aux muscles dans des endroits où elle n'a pas été détruite.

Anatomie pathologique des cicatrices de néphrorrhaphie chez l'homme. — Je n'ai pu trouver dans les auteurs que onze malades, chez qui, grâce à une opération itérative ou à l'autopsie, on ait pu se rendre compte directement du résultat obtenu après la néphrorrhaphie. J'ai, moi-même, fait une autopsie intéressante à cet égard. Trois fois, il s'agit de fixations de la capsule graisseuse. Dans deux observations, Hahn constate, cinq mois après avoir fixé la capsule graisseuse à la paroi abdominale, que le rein conservait sa mobilité; la fixation était nulle. Dans une autre observation que je vous ai citée tout à l'heure, Washburn constata, un an après l'opération, que le rein était parfaitement fixé.

Deux fois seulement, on a pu constater chez l'homme les résultats de la fixation avec décortication du parenchyme rénal. Chez une malade que Segond avait opérée en 1889, en faisant la décortication d'une bande de la capsule propre large comme le doigt, Walther dut intervenir à nouveau en 1893, c'est-à-dire quatre ans après la première opération. Il constata que l'extrémité inférieure du bord externe du rein était solidement fixée à la paroi postérieure de l'abdomen par un gros tractus fibreux large de 1 centimètre, haut de 3 centimètres et demi. L'extrémité supérieure du rein était fortement coudée en avant. Il y avait à la fois antéversion et antéflexion du rein; mais je dois remarquer que Segond s'était contenté de suturer le rein aux aponévroses sans le fixer à la douzième côte. Chez une autre malade, à laquelle M. Tuffier avait pratiqué la néphrorrhaphie, la récidive des douleurs obligea ce chirurgien à pratiquer quelques mois après une deuxième tentative opératoire sur le même rein; il constata que le viscère était parfaitement fixé et que les douleurs étaient dues à un kyste de l'ovaire suppuré.

Les constatations directes sont plus nombreuses pour les opérations de néphrorrhaphie sans décortication de la capsule propre du rein. Mac Cosh, ayant opéré un malade et fixé le rein par six sutures parenchymateuses au catgut, constata, le vingtième jour après l'opération, que le rein était encore mobile; le lendemain (le 21e jour), une nouvelle opération lui permit de voir un abondant tissu de cicatrice, adhérent au rein, qui nécessita des manœuvres de force pour suturer le rein aux deux bords de l'incision Il est probable que si l'auteur avait attendu un peu, avant d'intervenir de nouveau, il aurait trouvé le rein encore plus solidement fixé. Bruce Clarke cite une femme chez qui il pratiqua la néphrorrhaphie; les douleurs ayant réapparu après une amélioration passagère, il crut à un calcul et pratiqua la néphrotomie; pendant cette seconde opération, il constata que le rein était parfaitement fixé.

Je vous citerai maintenant plusieurs observations d'autopsie, après néphrorrhaphie, sans décortication de la capsule propre du rein. Duret constata à l'autopsie, cinq mois après la néphropexie, que le rein, très solidement fixé, adhérait dans les deux tiers de sa hauteur par une bande fibreuse haute de 6 centimètres et large de 2 centimètres. Tillmans fit l'autopsie d'un opéré qui mourut de congestion pulmonaire cinquante-deux jours après l'opération; « le rein, dit-il, était parfaitement fixé, et tout fait supposer qu'il ne se serait jamais détaché ». Israël ayant eu l'occasion d'étudier le rein d'un malade mort d'obstruction intestinale deux ans après la néphrorrhaphie pratiquée par le procédé de Guyon, trouva le rein bien fixé par « un tissu tout à fait solide qui l'unissait au carré lombaire ». Je dois à l'amabilité de mon collègue Reymond la relation de l'autopsie d'une malade opérée quatre ans auparavant par M. le professeur Terrier. L'opérateur avait fait trois sutures à la soie sans décortication de la capsule propre. A l'autopsie de la malade, qui mourut de tuberculose, Reymond note que du bord externe du rein partent « trois bandelettes fibreuses très résistantes, de la grosseur d'une plume d'oie, allant s'insérer, la supérieure à la fausse côte, les deux autres dans l'épaisseur des parois ».

J'ai, moi-même, fait l'autopsie d'une femme morte de tuberculose pulmonaire quatre mois et demi après la néphrorrhaphie pratiquée par le procédé décrit plus haut. Le rein était très solidement fixé à la paroi lombaire par des adhérences fibreuses. Sur la face postérieure du rein, on voyait de petites cicatrices étoilées correspondant au passage des fils complètement résorbés. Au fil supérieur correspond une adhérence fibreuse ayant 5 millimètres de diamètre; aux fils moyen et inférieur, une adhérence beaucoup plus étendue, car les portions adhérentes correspondant à chaque fil se réunissent en une masse fibreuse de plusieurs centimètres d'étendue. Sur la paroi antérieure du rein, les adhérences au niveau du passage des fils mesurent seulement chacune 5 à 6 millimètres. A la coupe du rein, on ne voit pas de vestiges du passage du fil supérieur; les deux autres sont indiqués par une petite tache fibreuse de 3 millimètres d'étendue. Une coupe microscopique passant entre les deux fils moyen et inférieur montre la continuité de la capsule fibreuse avec le tissu fibreux de l'adhérence; le parenchyme rénal est sain.

Comme vous le voyez, le résultat des autopsies humaines concorde avec ceux de l'expérimentation pour démontrer que la fixation parenchymateuse du rein sans décortication de la capsule donne un résultat opératoire qui ne laisse rien à désirer. Si certains auteurs ont cru le contraire, c'est qu'ils ont trop considéré la capsule propre du rein comme une membrane isolante. L'anatomie, la physiologie et la pathologie nous montrent qu'il faut se faire une autre idée de cette capsule.

La capsule propre du rein enveloppe complètement le viscère, auquel elle adhère, à l'état normal, par un très grand nombre de fins tractus conjonctifs abondants, surtout au niveau des petits vaisseaux qui pénètrent dans le rein par sa périphérie; l'adhérence pourtant est assez minime pour qu'on puisse facilement détacher la capsule avec les doigts sans entraîner avec elle aucune parcelle de tissu rénal. La capsule est traversée par de nombreux petits vaisseaux sanguins qui pénètrent dans le rein, et, comme je l'ai démontré dans un autre travail, par des vaisseaux lymphatiques qui communiquent avec les vaisseaux correspondants intra-rénaux. C'est à la déchirure des vaisseaux sanguins dont je parle qu'est due l'hémorrhagie qu'on détermine sur le vivant, lorsqu'on décortique la capsule propre pour mettre à découvert le parenchyme du rein. Par sa face externe, la capsule propre du rein présente de légères adhérences conjonctives avec l'enveloppe graisseuse du rein; ces adhérences sont suffisantes pour qu'on puisse, en attirant la capsule graisseuse sectionnée, amener le rein vers la plaie lombaire dans l'opération de la néphrorrhaphie.

Au point de vue histologique, la capsule propre du rein est formée par une série de faisceaux conjonctifs disposés en couches parallèles à la surface de l'organe; elle présente la structure du tissu fibreux peu dense et contient des vaisseaux sanguins, des lymphatiques et des nerfs. Cette structure fait déjà supposer que la capsule propre du rein peut, comme tous les tissus conjonctifs, proliférer. Les preuves de ce fait abondent dans la pathologie humaine. Vous savez que, dans un grand nombre de néphrites médicales, l'adhérence du parenchyme rénal à la capsule est un caractère qu'on note tous les jours dans les autopsies; il en est de même d'ailleurs dans les néphrites chirurgicales. Mais c'est surtout dans l'histoire anatomique des périnéphrites que nous trouvons des preuves des qualités prolifératives de la capsule du rein. Je n'insiste pas sur ces faits anatomo-pathologiques si connus, dont la série va des légères adhérences qui gênent la séparation de la capsule graisseuse de la capsule propre jusqu'à cet état de fusion absolue, de symphyse totale dans lequel la capsule propre se continue à plein tissu avec une épaisse coque fibreuse qui adhère à la paroi postérieure de l'abdomen. Vous avez vu aussi que l'expérimentation abonde dans le même sens et qu'il n'est pas exact de prétendre que les adhérences se font au niveau des fils, uniquement parce que la substance rénale se trouve découverte au niveau des orifices déterminés par le passage des fils. Vous avez vu que ces adhérences sont beaucoup plus larges que les fils eux-mêmes et qu'elles existent entre le point de passage des deux fils. Mais il faut retenir que, comme tous les tissus fibreux, celui de la capsule propre du rein ne prolifère pas facilement et que si l'on veut obtenir une bonne fixation du rein, il est plus sûr d'irriter légèrement la capsule d'abord en la détachant bien du tissu graisseux qui l'entoure; ensuite en la touchant avec un antiseptique irritant; enfin, on doit se garder d'interposer de la graisse entre le rein non décortiqué et la paroi abdominale. Je crois aussi qu'il est préférable, pendant la suture du rein à la lèvre postérieure de la plaie, de ne pas comprendre dans le point de suture le feuillet aponévrotique qui passe sur la face antérieure du carré lombaire; cette précaution assure le contact direct entre la surface du rein et la face antérieure du muscle et l'adhérence devient par là plus solide.

Résultats cliniques de la néphrorrhaphie suivant les différents procédés. — Ecartant de ma statistique les cas de rein mobile compliqué d'hydronéphrose ou de lithiase, et ne tenant compte que des observations dont le procédé opératoire est suffisamment détaillé, je suis arrivé aux résultats suivants :

Néphrorrhaphies capsulaires (fixation de la capsule graisseuse ou de la capsule propre sans que les fils traversent le parenchyme rénal), 41 cas donnant 40 0/0 de guérisons.

Néphrorrhaphies parenchymateuses sans décortication de la capsule propre, 161 cas; guérisons, 81 0/0.

Même opération avec décortication de la capsule en plus 75 cas; guérisons, 77 0/0.

La comparaison de ces chiffres, qui n'ont qu'une valeur toute relative, comme ceux de la plupart des statistiques, montre que la néphrorrhaphie capsulaire doit être abandonnée. Les résultats obtenus sont à peu près les mêmes avec le procédé de suture intra-parenchymateuse, que l'on pratique ou non la décortication du tissu rénal.

Dans la néphropexie avec ou sans décortication, il existe des observations dans lesquelles on peut lire que le rein s'est de nouveau déplacé, mais ces cas sont rares. Dans plus de la moitié des cas où l'opération n'a pas réussi à guérir les malades, les auteurs indiquent que le rein est resté bien fixé (19 sur 33) et, dans quelques cas, une nouvelle opération a démontré cette fixité. Comme nous le verrons dans un instant, les échecs dépendent surtout des variétés symptomatiques du rein mobile.

Après tout ce que je viens de vous dire, vous pouvez conclure, je pense, avec moi, que les résultats de la néphrorrhaphie, au point de vue de la fixité du rein, sont aussi satisfaisants, que la néphrorrhaphie ait été pratiquée avec ou sans décapsulation du rein. Je crois pourtant devoir vous conseiller l'opération sans décortication de la substance rénale, parce que l'expérimentation nous montre que ce procédé réduit à leur minimum les lésions scléreuses destructives du rein. D'un autre côté, on peut aussi faire valoir en faveur de cette pratique la plus grande simplicité de l'opération qu'il est inutile de compliquer sans nécessité, comme on le fait par le procédé de Lloyd.

Cette dernière critique, relative à la complication de l'acte opératoire, peut être adressée à plusieurs autres procédés de néphropexie que je me bornerai à mentionner. Shilling fixe le rein à la paroi par une triple rangée de sutures qui comprennent la première la graisse périrénale, la deuxième la capsule propre et la troisième le parenchyme du rein. Un auteur a cru nécessaire, pour obtenir une bonne fixation, de passer entre le rein et la paroi une mèche de gaze iodoformée qu'on doit retirer sous le chloroforme le vingtième jour après l'opération. Laroyenne préconise comme plus simple pour la néphrorrhaphie son procédé des aiguilles-broches qu'il emploie dans la néphropexie. Si j'en juge par la description qu'en donne Condamin, les aiguilles-broches ne me paraissent pas présenter, en l'espèce, une grande utilité. D'autres auteurs ont laissé la plaie se cicatriser par seconde intention, toujours pour obtenir une cicatrice plus solide. Sans m'étendre davantage sur ces procédés, je vous dirai encore qu'avant d'essayer de mieux fixer le rein, il aurait fallu établir l'insuffisance du procédé classique, dont je vous ai fait voir la valeur, ou démontrer que telle ou telle manœuvre sauvegarde mieux l'intégrité du parenchyme rénal. A ce point de vue, aucun procédé ne vaut celui que je vous ai décrit au commencement de cette leçon.

Nature et nombre des fils qu'on doit employer. — L'expérimentation démontre que les lésions de sclérose déterminées dans le rein par le passage des fils présentent une étendue à peu près semblable, que l'on use de soie et de catgut. Le catgut me paraît pourtant préférable, parce que l'étude des observations publiées par les auteurs montre que les fils de soie ont souvent donné lieu à des douleurs qui ont cessé lorsqu'en incisant la cicatrice on est allé les extirper. Tel est le cas d'une malade de Rotsch et d'une autre qui, opérée par M. Pozzi, vint à Necker se plaignant encore de douleurs; M. Guyon incisa la cicatrice, trouva le rein bien fixé dans du tissu fibreux et enleva les fils de soie : la malade guérit de ses douleurs. D'un autre côté, j'ai relevé 7 cas de fistules consécutives à la néphrorrhaphie pratiquée avec des fils de soie (2 cas de Picqué, 2 de Courvoisier et 3 autres d'Augerer, Rotter et Stonham),

tandis que je n'ai vu signalée qu'une seule fistule consécutive à l'emploi des fils de catgut.

Relativement au nombre des fils employés, il existe des observations dans lesquelles on n'a traversé le rein que par un seul fil; tandis que d'autres auteurs ont placé jusqu'à 12 points de suture.

Je crois qu'il faut tenir compte de la légère zône de sclérose que détermine chaque fil à son passage dans le rein, et employer par conséquent le minimum de fils nécessaires pour la bonne fixation de l'organe. L'expérience a démontré que cette dernière condition est bien remplie lorsqu'on se sert de trois fils doubles intra-parenchymateux noués suivant le procédé de notre maître Guyon.

Résultats de la néphrorrhaphie. — J'ai patiemment dépouillé 318 observations de néphrorrhaphie publiées par les auteurs, ce qui fait, avec les 56 inédites que je possède, un total de 374 opérations. Sur ce nombre, on ne compte que 7 cas de mort survenue moins de quatre mois après l'opération. L'analyse de ces cas m'a démontré que seulement dans 4 cas la mort peut être attribuée à l'opération, ce qui ne donne guère qu'une proportion de 1 0/0 de mortalité et encore dans 3 de ces 4 cas, il s'agit de complications infectieuses qui auraient pu être évitées. Vous voyez par ces chiffres que, au point de vue de la gravité opératoire, la néphrorrhaphie peut soutenir la comparaison avec les opérations les plus bénignes de la chirurgie.

En étudiant ces mêmes opérations au point de vue des résultats thérapeutiques obtenus, je note que dans les procédés à suture intra-parenchymateuse on obtient des succès dans 78 0/0 des cas; mais les résultats varient suivant les symptômes ressentis par les malades. La plus mauvaise statistique est celle des malades très éprouvés au point de vue nerveux: dans la moitié des cas, les symptômes ont persisté après l'opération; 14 0/0 de ces malades ont été améliorés et 36 0/0 n'ont retiré aucun bénéfice de l'opération. Contre la douleur, au contraire, la néphrorrhaphie réussit dans 88 0/0 des cas opérés.

Dans un assez grand nombre de cas, les symptômes de la maladie ont continué, en dépit de la bonne fixation du rein, ou bien encore les malades n'ont été qu'améliorés; je n'entrerai pas aujourd'hui dans l'étude détaillée de ces faits; et il me suffira de vous dire que parfois une opération itérative a guéri des malades chez qui une première néphrorrhaphie avait échoué, tandis que dans d'autres cas les opérateurs ont eu recours à la néphrectomie.

Il n'en reste pas moins démontré que, par une opération qui n'est pas dangereuse, on peut guérir la plupart des malades atteints de rein mobile et que, alors même que l'effet curatif n'est pas complet, l'opération de Hahn permet d'obtenir d'importants résultats palliatifs.

REVUE DE LA PRESSE

HYGIÈNE

Des maladies infectieuses en général, par M. Charrin. (In *Gazette des Hôpitaux*, n° 51, 1895.)

Il y a à distinguer des maladies infectieuses spécifiques toujours semblables à elles-mêmes, toujours produites par un même microbe comme la variole, la syphilis, la tuberculose, le tétanos et des maladies infectieuses non spécifiques produites par des microbes qui peuvent engendrer plusieurs maladies. On peut avoir des amygdalites à staphylocoques, à streptocoques ou à pneumocoques; il n'y a pas là de spécificité. On se trouve en présence d'un microbe qui peut créer plusieurs maladies.

La doctrine microbienne n'exclut nullement les acquisitions de la vieille médecine. L'influence du froid, du chaud, de la faim, du trauma ne peut être niée. Ces causes interviennent en détériorant l'individu et en le mettant en état de réceptivité. La maladie résulte du conflit de la cellule microbienne et de la cellule de l'organisme, la victoire appartiendra à l'une ou à l'autre.

Pour faire une maladie il faut que le microbe se multiplie, il faut qu'il sécrète, qu'il fonctionne, qu'il produise des poisons; il faut qu'il puisse fabriquer des « toxines »; les microbes agissent par leurs poisons, dans la diphtérie le bacille est dans la gorge, il envoie ses poisons qui irritent les nerfs, l'endocarde, le rein.

L'évolution de l'hygiène et l'histoire de la chaire d'hygiène de la Faculté, par M. Proust. (In *Gazette des Hôpitaux* n° 49, 1895.)

Dans cette leçon d'ouverture du cours d'hygiène, M. Proust célèbre un centenaire, celui de la fondation de la chaire dont il est le titulaire. Il y a cent ans, en 1794, la Convention créait l'Ecole de Santé et pour la première fois à Paris y instituait une chaire d'hygiène dont Hallé était nommé titulaire. A Hallé succédèrent Bertin, en 1822; Andral, en 1828; Desgenettes, en 1830; Royer-Collard, en 1838; Bouchardat, en 1852.

Comme travaux d'hygiène, Hallé n'a laissé qu'une introduction à la science de l'hygiène; Andral, entraîné vers la clinique, n'a presque rien écrit sur l'hygiène; Royer-Collard n'a donné qu'un mémoire sur les tempéraments considérés dans leurs rapports avec la santé; Bouchardat, au contraire, a écrit un nombre considérable de travaux condensés plus tard en grande partie dans son beau Traité d'hygiène basé sur l'étiologie. En associant ces deux parties de l'hygiène, Bouchardat a fait œuvre durable et féconde.

Des accidents industriels du phosphore et en particulier du phosphorisme, par M. Magitot. (In *Revue d'Hygiène et de Police sanitaire*, n° 3, 1895.)

Les ouvriers employés à la fabrication des allumettes au phosphore blanc sont susceptibles d'absorber par les voies respiratoires des vapeurs phosphorées qui, pénétrant dans le sang et dans les tissus, se traduisent par un état d'intoxication lente ou de cachexie chimique qui doit porter le nom de « phosphorisme ».

Le phosphorisme se manifeste par un certain nombre de phénomènes dont quelques-uns sont généraux, c'est-à-dire communs à tous les ouvriers et d'autres particuliers à tels ou tels individus plus spécialement prédisposés. Les premiers sont l'état cachectique, la teinte subictérique de la peau, l'odeur alliacée de l'haleine, la présence du phosphore dans l'urine, des signes évidents d'anémie surtout chez les femmes, un degré très marqué dans la mortalité infantile et enfin une déchéance de la nutrition générale reconnaissable à la présence fréquente de l'albumine dans l'urine, à l'abaissement des oxydations azotées et l'accroissement considérable de la déminéralisation de l'organisme. Les seconds sont l'entérite chronique avec diarrhées rebelles, la néphrite et la cystite, la bronchite, la fragilité des os d'où fréquence des fractures et consolidation très lente et souvent difforme de celles-ci, la facilité des ruptures musculaires et enfin la production d'une nécrose spéciale des

mâchoires, dite « nécrose phosphorée » ou « mal chimique », le plus grave assurément des accidents car il entraîne presque inévitablement la mutilation ou la mort des malades.

Cet état de phosphorisme est d'une persistance et d'une ténacité extrême. Il se retrouve longtemps après qu'un ouvrier a quitté l'usine et donne ainsi l'explication de l'apparition tardive des accidents et en particulier de la nécrose.

La thérapeutique de l'affection doit tendre à l'élimination complète du phosphore dont l'économie est imprégnée. Elle repose sur l'emploi prolongé du lait, de l'oxygène ou de l'air ozonisé, l'exercice soutenu, les préparations à base d'essence de térébenthine, c'est-à-dire de tous agents propres à provoquer l'oxydation du toxique.

Tant que dure l'état de phosphorisme les opérations qui se pratiquent sur la bouche en vue de la résection des os nécrosés sont presque toujours suivies de récidive et le chirurgien assiste impuissant à l'envahissement progressif du mal. L'intervention ne saurait être justifiée qu'après disparition de l'état de phosphorisme.

Enfin, il est à répéter que le remède radical à un tel état de choses consiste dans l'interdiction si souvent réclamée de l'emploi du phosphore blanc dans la fabrication des allumettes.

De la nocuité de la poussière de scorie de déphosphoration : des pneumonies aiguës provoquées par son inhalation, par M. Attimont. (In *Revue d'Hygiène et de Police sanitaire*, n° 1, 1895.)

La scorie de déphosphoration est un produit de déchet de la fabrication de l'acier par le procédé Gilchrist-Thomas, introduit dans l'industrie en 1879. Au début de sa production l'on ne songea pas à l'utiliser; mais bientôt sa richesse en acide phosphorique et en chaux fit penser qu'elle pourrait s'employer à titre d'engrais et, de fait, sa puissance fertilisante ne tarda pas à être reconnue remarquable. Ce fut là le point de départ d'une industrie nouvelle.

La constitution chimique de la scorie rappelle en partie celle des phosphates naturels, dont la poussière n'exerce sur la santé aucun effet fâcheux particulier. Aussi de prime abord nulle précaution vis-à-vis de l'inhalation ne fut-elle prise dans les ateliers. Mais il devint très manifeste que cette substance, supportée difficilement par l'ouvrier, est susceptible d'occasionner des affections bronchiques et pulmonaires d'une haute gravité.

Plusieurs mémoires ont déjà signalé ces effets. La plupart proviennent de l'Allemagne, pays où l'industrie de la mouture de la scorie Thomas s'est le plus répandue. En France aucune publication n'avait paru sur ce sujet jusqu'à ce que l'attention eût été éveillée à Nantes par une série de cas de pneumonie aiguë, suivis de mort pour la plupart, chez des ouvriers d'une usine d'engrais où se pulvérise et se mélange la scorie de déphosphoration.

De l'étude à laquelle s'est livrée M. Attimont il résulte que pour être susceptible de causer la pneumonie aiguë la poussière scorique doit être abondante et respirée dans un milieu limité, confiné. C'est donc en quelque sorte, comme conséquence, un danger que l'insuffisance d'aération des ateliers. La pneumonie a été observée partout où l'air se renouvelle mal. Telle usine ouverte sur l'un des côtés à l'air extérieur fournit moins de pneumonies, malgré des appareils donnant beaucoup plus de poussière scorique.

En dehors de l'expectoration, rien dans les symptômes n'est caractéristique de cette pneumonie. Les matières expectorées, examinées au microscope, outre la fibrine, la mucine, des leucocytes, des hématies, offrent partie des éléments de la poussière respirée.

Les phénomènes les plus marquants par leur fréquence et leur intensité sont l'ataxo-adynamie et la dyspnée atteignant souvent un degré extrême. Quant aux signes physiques, ils n'offrent aucun caractère à part. Il importe toutefois de remarquer qu'ils permettent de constater une grande étendue des zônes à l'état de condensation, souvent de la bronchite et parfois de la pleurésie concomitante; et, en outre, dans nombre de cas, par leurs manifestations inattendues et subites, ils laissent suivre l'évolution des foyers successifs, familière à la pneumonie par scorie.

Au point de vue pronostique, il est à remarquer que la pneumonie chez les ouvriers en scorie offre une gravité exceptionnelle. Les récidives sont relativement fréquentes. Des ouvriers ont pu avoir jusqu'à trois et quatre pneumonies.

Note sur les ouvriers employés dans les raffineries de pétrole, par M. Brémond. (In *Revue d'Hygiène et de Police sanitaire*, n° 2, 1895.)

Sans parler du papillôme des raffineurs de pétrole, les hommes et les femmes employés à ce genre de travail paraissent exposés à présenter sur les avant-bras et sur la face dorsale de la main une sorte de dermite vésiculeuse, accompagnée de démangeaison que le grattage transforme en eczéma artificiel.

Les femmes employées à l'emplissage des bidons sont plus particulièrement atteintes, aussi ont-elles souvent le soin de porter des manches serrées aux poignets.

Quelques ouvrières sont réfractaires, mais la masse paie son tribut au mal, du moins dans les premiers temps du travail. L'acclimatement étant assez rapide, on peut observer à n'importe quel moment des femmes restées indemnes, des femmes atteintes et des femmes guéries.

Cette dermite ne présente jamais beaucoup de gravité et disparaît assez rapidement, rien qu'avec des soins réguliers de propreté.

Sur la désinfection des locaux par l'aldéhyde formique gazeuse, par MM. Cambier et Brochet. (In *Revue d'Hygiène et de Police sanitaire*, n° 2, 1895.)

Un grand nombre d'auteurs ont cherché à utiliser les propriétés éminemment antiseptiques de l'aldéhyde formique pour détruire les germes microbiens; leurs travaux ont surtout porté sur les solutions plus ou moins diluées de cette aldéhyde qu'ils pulvérisaient sur les surfaces à désinfecter ou dans lesquelles ils plongeaient les germes à détruire. Mais, outre que la nature de ces solutions n'est pas encore bien connue et qu'elles sont d'un dosage peu exact, elles présentent sur l'aldéhyde formique gazeuse une infériorité marquée. Celui-ci se montre capable de stériliser radicalement tous les germes des poussières, ainsi que la bactéridie charbonneuse et ses spores, même quand on l'emploie à des doses extrêmement faibles, à la condition que l'enceinte soit hermétiquement close et que la durée de l'action des vapeurs aldéhyques sur les germes soit suffisamment prolongée.

L'action antiseptique de l'aldéhyde formique gazeuse n'est point instantanée, il lui faut un certain temps pour s'achever. C'est ainsi que les moisissures sont sensiblement plus résistantes que les bactéries et parmi ces dernières ce sont les organismes agents de la putréfaction qui sont les premiers anéantis. L'espèce qui a paru aux auteurs être la plus résistante, c'est le « bacillus subtilis », organisme inoffensif, du reste, et ce fait n'a rien de surprenant quand on songe que certaines variétés de bacilles résistent à des températures humides supérieures à 103° pendant plus de deux heures.

Des expériences en grand faites sur une salle de 75 mètres cubes ont montré qu'une quantité relativement faible d'aldébyque formique gazeuse suffit pour anéantir la presque totalité des germes des poussières disposées dans la salle.

Les auteurs se proposent de poursuivre leurs recherches en s'efforçant de déterminer les meilleures conditions dans lesquelles il faut se placer pour détruire le bacille de la tuberculose.

La désinfection dans les asiles de nuit et abris ruraux, par M. Drouineau. (In *Revue d'Hygiène et de Police sanitaire*, n° 2, 1895.)

L'utilité de la désinfection dans les asiles de nuit et abris ruraux ne saurait être mise en cause. Le tout était de trouver un appareil dont le prix ne fût pas trop élevé en raison de sa solidité et de ses garanties de durée : grâce au concours technique de M. Fouché on en possède un simple à concevoir, facile à manœuvrer et d'une efficacité certaine comme désinfection. Il ne m'est pas possible de le décrire ici. Je dirai seulement qu'il permet le lavage des personnes, le séchage des vêtements trempés de pluie, la désinfection complète ; il peut aussi désinfecter le matériel de l'établissement, sécher les lessives incomplètement desséchées et encore humides. Il sera donc d'un service inappréciable et aidera puissamment à transformer les abris ruraux et établissements de nuit et à les rendre, de dangereux qu'ils étaient, inoffensifs et bienfaisants.

Les procédés d'antisepsie et de désinfection : stérilisation du lait, par M. Meillère. (In *La Tribune médicale*, n° 16, 1895.)

La stérilisation du lait est une question dont la solution s'impose avec urgence. On a cherché à la faire pratiquer par le consommateur lui-même. Cette méthode n'est qu'un pis-aller, le lait ayant déjà subi depuis la traite un commencement d'altération. De nombreux dispositifs ont été imaginés pour arriver à une solution pratique du problème. C'est certainement le procédé de M. Budin qui permet le mieux d'obtenir un lait suffisamment stérilisé pour être employé dans un délai de vingt-quatre heures. La méthode consiste à remplir complètement de lait des fioles à goulot rodé, fermées simplement par une rondelle en caoutchouc. Les bouteilles sont maintenues pendant une heure au bain-marie, portées progressivement jusqu'à l'ébullition, puis abandonnées au refroidissement ; le vide produit fait adhérer fortement la rondelle.

M. Meillère recommande une légère variante du procédé. Les bouteilles et les bouchons de liège sont mis à bouillir dans de l'eau dont on peut assurer la complète stérilisation par l'addition préalable de quelques gouttes de teinture d'iode (deux gouttes par litre d'eau). L'ébullition élimine rapidement l'iode et complète la stérilisation.

D'autre part, le lait est mis à chauffer dans une bouilloire fermée, préalablement échaudée. L'ébullition est maintenue pendant cinq minutes au moins, afin de permettre au liquide d'atteindre sûrement la température de 100 degrés. On le verse bouillant dans les bouteilles, égouttées et tièdes ; on bouche et on replace les flacons dans l'eau bouillante où ils se maintiennent à une température voisine de 100 degrés pendant le temps que l'on désirera et où ils refroidissent lentement.

Les procédés d'antisepsie et de désinfection, par M. Meillère. (In *La Tribune médicale*, n° 12, 1895.)

Il s'agit plus particulièrement ici de la stérilisation des éponges. Après avoir rappelé l'instruction établie par les soins des pharmaciens des hôpitaux pour préparer les éponges aseptiques propres aux opérations chirurgicales, l'auteur indique les manipulations que l'on doit faire subir aux éponges ayant déjà servi et ajoute que le point faible de la technique est le lavage de l'éponge imprégnée d'acide sulfureux ou de brôme. Ce lavage nécessite l'emploi d'une quantité très considérable d'eau stérilisée et, bien que l'on ait un peu exagéré les dangers que peuvent faire courir les germes résistant à l'ébullition ou passant au travers des filtres, il n'en reste pas moins dans l'esprit de l'opérateur une certaine anxiété quant aux dangers éventuels.

Il est facile d'éliminer toute crainte à cet égard en stérilisant l'eau de lavage avec une trace d'iode ou de brôme.

Désinfection des matières fécales, par M. Meillère. (In *La Tribune médicale*, n° 5, 1895.)

On a cherché à obtenir la désinfection des fèces bien avant que les travaux des hygiénistes aient appelé l'attention sur les dangers que pouvaient faire courir les germes infectieux contenus dans ces matières.

La solution la moins coûteuse a été donnée par l'emploi de la chaux qu'il conviendrait d'associer au chlorure de chaux. Pour diverses raisons l'emploi de ce produit a toujours été limité et on emploie plus communément les sels de fer, de zinc et de cuivre. L'auteur recommande plus particulièrement la formule suivante :

Sulfate de zinc ordinaire..................	1.000 grammes
Acide sulfurique........................	5 à 10 c. c.
Esssence de mirbane.....................	2 c. c.
Matière colorante (indigo, bleu)..........	0 gr. 15

Ce mélange revient à 50 centimes le kilogramme. On l'emploie de la façon suivante : chaque bassin reçoit une dose de 5 grammes environ de sel avant d'être donné au malade. Le produit se dissout facilement dans l'urine ou les selles liquides ; la désodorisation est instantanée ; il en est de même pour la stérilisation des parties liquides.

De la persistance du bacille chez les enfants guéris de la diphtérie et des indications qui en résultent au point de vue de l'hygiène publique, par M. Sevestre. (In *Revue d'Hygiène et de Police sanitaire*, n° 3, 1895.)

Dans un certain nombre de cas le bacille de Lœffler disparaît à peu près en même temps que les fausses membranes ou bien il persiste pendant un temps plus ou moins long, mais cesse d'être virulent ; il semble alors se transformer et affecte plus particulièrement la forme du bacille court.

Cette éventualité favorable se réalise dans une proportion qui peut être évaluée à la moitié ou aux deux tiers des cas ; elle s'observe plus spécialement, mais non d'une façon exclusive, dans les formes bénignes.

Dans une autre série de cas moins nombreux, mais formant cependant une minorité imposante, le bacille persiste à l'état virulent plus ou moins longtemps après la guérison apparente de la maladie. Il peut exister dans la gorge, mais plus souvent et pendant un temps plus prolongé, c'est dans les fosses nasales qu'on le trouve. Les irrigations de la gorge ou du nez paraissent contrarier la persistance du bacille et sont, par conséquent, indiquées non seulement pendant la période aiguë de la maladie, mais encore même après la disparition des fausses membranes et dans la convalescence.

Ces notions, basées sur des observations bactériologiques positives, ont, au point de vue pratique, une valeur considérable, et il importe d'en tenir grand compte dans tous les cas où des convalescents doivent être réunis avec des enfants bien portants. Des convalescents de diphtérie

ne devront être réunis avec des enfants en bonne santé qu'après s'être assuré par l'examen bactériologique qu'ils ne présentent plus dans la bouche ou dans les fosses nasales de bacilles virulents. Cet examen bactériologique, même lorsqu'il a donné des résultats négatifs, doit être répété à plusieurs reprises à quelques jours de distance. Pendant ce temps d'ailleurs, aussi bien que pendant la période d'acuité de la maladie, il convient de pratiquer des irrigations de la gorge et des fosses nasales. L'écoulement nasal par lui-même, lorsqu'il persiste après la disparition des fausses membranes, doit faire tenir l'enfant pour suspect.

L'installation actuelle de nos hôpitaux ne permettant pas en général de garder les enfants pendant le temps nécessaire à une observation sérieuse, il est indispensable, autant pour faciliter l'observation que pour diminuer l'encombrement des pavillons réservés à la diphtérie, d'aménager dans l'hôpital même des salles de convalescents.

Pour ce qui est des enfants des écoles, salles d'asile ou crèches, il devrait être bien entendu qu'avant d'être réadmis ils auront à subir un examen bactériologique démontrant qu'il n'existe plus dans leur bouche ou leurs fosses nasales de bacilles virulents; il serait même utile que cet examen fût répété à plusieurs reprises à quelques jours de distance.

Sur les précautions à prendre pour prévenir les dangers provenant du voisinage des sanatoria destinés aux phtisiques, par M. Netter. (In *Annales d'Hygiène publique et de Médecine légale*, mai, 1895.)

Le ministre de l'intérieur ayant demandé l'avis du comité consultatif d'hygiène publique de France sur les précautions à prendre pour que les sanatoria destinés aux phtisiques ne présentent pour la population habitant dans le voisinage aucun danger de contamination, M. Netter a été chargé de présenter sur ce sujet un rapport dont voici les conclusions :

Les établissements destinés aux phtisiques présentent une utilité aussi grande pour la société que pour les malades qui y sont traités.

Des dangers peuvent résulter pour une localité de la présence de nombreux phtisiques dans des hôtels ou dans des habitations particulières où ils sont mélangés au reste de la population et où il ne peut être pris les précautions nécessaires.

Les agglomérations de malades dans les sanatoria ne sauraient être l'origine d'aucun danger pour le voisinage, pourvu que ces établissements soient bien dirigés, que leur installation et leur aménagement soient conformes aux règles déjà en vigueur dans les établissements analogues.

Le sanatorium sera le plus souvent adossé à une hauteur qui le mette à l'abri des vents dominants. Autour de l'habitation des malades tout sanatorium disposera d'une zône d'isolement constituée par un parc étendu et des terrains réservés à la culture. Cette zône est nécessaire au séjour en plein air qui est la base de ce traitement de la tuberculose.

Les malades ne sortiront de l'établissement que le moins possible. On exigera des pensionnaires l'engagement de n'expectorer que dans des crachoirs renfermant une certaine quantité d'eau. Ces crachoirs, portatifs et autres, seront désinfectés tous les jours.

Chaque sanatorium possèdera une bonne étuve confiée à un personnel instruit et consciencieux. Le linge des malades ne sera livré au blanchisseur qu'après avoir été stérilisé par l'étuve. Les chambres des malades seront toujours désinfectées avant d'être livrées à un nouvel occupant.

Insalubrité des écoles de Gennevilliers, par M. Léon Colin. (In *Annales d'Hygiène publique et de Médecine légale*, mai, 1895.)

A la suite de plaintes formulées par la municipalité de Gennevilliers concernant les inconvénients qu'entraînerait pour les écoles des Grésillons et de Villeneuve-la-Garenne le voisinage des champs où sont déversées les eaux d'égout de la ville de Paris, M. le ministre de l'instruction publique a demandé à M. le préfet de la Seine de lui fournir un rapport indiquant les moyens de remédier à cette situation. Le conseil de salubrité ayant été saisi à son tour de la question, M. Colin, chargé de présenter un rapport à ce sujet, conclut qu'il ne lui semble point téméraire d'admettre que le déversement des eaux d'égout de la ville de Paris sur les champs avoisinant les écoles des Grésillons et de Villeneuve-la-Garenne ne compromet point la santé des élèves de ces établissements; que, s'il en résulte quelque incommodité pour le personnel enseignant de l'école de Villeneuve-la-Garenne, la bonne santé de ce personnel témoigne qu'il n'y a pas là non plus pour ce personnel de véritable cause d'insalubrité. Mieux eût valu sans doute, continue M. Colin, et mieux vaudrait encore en pareilles circonstances établir autour de l'école un périmètre de protection d'une trentaine de mètres et abriter cette école du côté des champs d'épandage, ne fût-ce que par un rideau d'arbres. Mais, dans l'espèce, l'absence de précautions de ce genre ne semble avoir eu jusqu'à ce jour aucun résultat fâcheux.

A propos de l'alimentation des enfants, par M. Debray. (In *La Presse médicale belge*, n° 9, 1895.)

Heubner (de Berlin), dans la séance de la Société de Médecine berlinoise du 16 janvier dernier, dit M. Debray, est venu apporter les résultats qu'il a obtenus en administrant à de tout jeunes enfants de la farine de riz. De l'ensemble des faits observés, il conclut que des enfants très jeunes et très affaiblis sont capables de digérer des féculents, aussi bien que de l'albumine et des graisses.

Ces constatations ne paraissent pas très suggestives à M. Debray, qui se demande pourquoi, en vérité, alors que le lait donné en quantité suffisante est capable, à lui seul, de fournir à l'enfant tous les éléments nécessaires à sa vie et à son développement, on tente de le remplacer par des bouillies. Son avis est que l'enfant nourri artificiellement doit l'être au moyen de lait stérilisé toujours identique, et que, dans ce but, les vaches laitières doivent être nourries constamment de la même manière ou, tout au moins, en ne modifiant pas brusquement leur nourriture et les conditions de milieu où elles vivent.

Ch. Amat.

A L'ÉTRANGER

MÉDECINE OPÉRATOIRE

Indication nouvelle et modification du manuel opératoire de la résection ostéoplastique de Wladimirow-Mikulicz.

Par M. A. Niché. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLIX, 1.)

C'est en 1881 que M. Mikulicz fit sa première communication sur cette nouvelle opération, qui depuis lors a été pratiquée plus d'une centaine de fois, même si l'on ne tient compte que des faits publiés. Suivant le chirurgien de Breslau, cette méthode de résection est indiquée : 1° dans les caries du tarse intéressant le calcanéum, l'astragale ainsi que l'articulation tibiotarsienne; 2° dans les cas de perte de substance étendue de la région du talon, et 3° dans les blessures par armes à feu intéressant le talon et les parties voisines de ce dernier. En 1890, Rydygier formula trois

nouvelles indications, à savoir les tumeurs malignes de la région du talon, les fractures malléolaires vicieusement consolidées, et enfin les cas de raccourcissement considérable de l'un des membres inférieurs. En effet, les expériences de Rydygier sur le cadavre ont démontré que l'on pouvait obtenir au moyen de cette intervention un allongement d'un membre d'au moins 5 centimètres. Dans les opérations faites par Mikulicz et Samter sur le vivant, l'allongement obtenu a même été de 7 et 11 centimètres. Bruns, de son côté, pratiqua l'opération dans un cas de pied équin paralytique, dans le but de transformer ce dernier en un pied équin solide et utilisable pour la marche.

En mai 1893, Mikulicz fit la résection ostéoplastique chez un malade présentant, outre une ankylose de l'articulation tibio-tarsienne, une ulcération étendue du tiers inférieur de la jambe. Il s'agit d'un jeune homme de dix-neuf qui, quelques mois avant l'opération, s'était fait une fracture compliquée de la jambe gauche avec contusion étendue des parties molles. La fracture s'était consolidée, mais la plaie des parties molles avait résisté à tous les traitements. A la face postéro-interne de la jambe, immédiatement au-dessus des malléoles, se trouvait une ulcération grande comme la paume de la main, à bords épaissis, cicatriciels, à fond gris verdâtre et sécrétant un pus infect. L'articulation tibio-tarsienne était complètement ankylosée et le pied présentait un degré notable d'équinisme. L'opération fut pratiquée de la manière suivante : on fit d'abord le curettage de l'ulcération et l'excision de ses bords épaissis, puis le long du bord inférieur de la plaie ainsi avivée, on fit une incision jusqu'à l'os, incision que l'on continua du côté externe jusqu'à la malléole correspondante. On détacha ensuite du calcanéum les parties molles du talon et de la plante du pied, on ouvrit l'articulation tibio-tarsienne, et l'on enleva le tarse postérieur par un trait de scie passant à travers le scaphoïde et le cuboïde ; un autre trait de scie transforma en une surface de section plane la mortaise péronéo-tibiale. Le lambeau cutané fut utilisé pour recevoir la vaste plaie provenant de l'avivement de l'ulcération. Pour adapter convenablement ce lambeau, il fallut pratiquer quelques entailles sur ses bords ainsi qu'une incision transversale au sommet de sa convexité. Enfin, les surfaces de section des os furent mises en contact réciproque par des sutures métalliques profondes, et le lambeau suturé aux bords de la plaie de la jambe. L'opéré sortit guéri au bout de deux mois, muni d'un appareil avec lequel il pouvait marcher facilement. Il fut revu une année plus tard, marchant sans canne. Actuellement la consolidation est complète, et il n'y a pas de raccourcissement du membre, mais la musculature présente un degré notable d'atrophie ; aussi l'opéré ne peut-il faire une marche un peu longue sans éprouver dans la jambe une sensation de fatigue.

(*Semaine Médicale.*)

Contribution à la chirurgie rénale.

Par M. O. Hildebrand. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, XL, 1-2.)

Dans ce travail l'auteur donne le résultat des opérations pratiquées pour diverses affections du rein à la clinique de M. Kœnig, à Gœttingue. Parmi ces affections, les tumeurs, au nombre de 13, occupent le premier rang ; 7 cas ont été observés chez des enfants d'un à neuf ans, et les 6 autres chez des adultes ayant presque tous dépassé la quarantième année. Fait remarquable, aucun des 7 enfants n'eut d'hématurie ; à part un peu d'amaigrissement, l'état général était resté excellent. Chez tous la tumeur occupait le rein droit. Avant l'opération on ne put jamais faire le diagnostic de la forme histologique du néoplasme. Vu les grandes dimensions des tumeurs, l'ablation fut toujours pratiquée par la voie transpéritonéale ; en général, elle ne présenta aucune difficulté ; cependant elle ne put être toujours complète : dans un cas, en effet, la tumeur avait envahi les gros vaisseaux et, dans un autre, les ganglions mésentériques. Enfin, chez un des petits malades, l'opération ne put être achevée ; il s'agissait d'un sarcôme mou ; une forte hémorrhagie nécessita le tamponnement de la cavité. Un seul malade succomba à l'opération ; tous les autres sortirent guéris de l'hôpital au bout de trois à quatre semaines. Sur les sept tumeurs enlevées, cinq étaient des sarcômes, la sixième un kyste congénital compliqué de sarcôme et la dernière un carcinôme. Les 6 malades qui survécu à l'opération ont tous succombé à des récidives ou des métastases au bout d'un temps variable (de deux mois et demi à une année). Les résultats obtenus par d'autres chirurgiens ne sont pas plus encourageants.

Les 6 malades adultes avaient tous eu de l'hématurie pendant plusieurs mois ou plusieurs années avant l'intervention. Chez aucun d'eux la nature exacte de la tumeur rénale ne put être diagnostiquée. L'extirpation fut faite ordinairement par la voie lombaire, dans un seul cas par la voie transpéritonéale. Chez plusieurs sujets l'opération fut très difficile en raison des adhérences et de l'abondance de l'hémorrhagie. Dans trois cas la tumeur adhérait au foie et dans un autre à la veine cave inférieure. Enfin, chez un malade on renonça à l'extirpation, les deux reins étant atteints de dégénérescence kystique. Parmi les autres tumeurs enlevées on trouva à l'examen histologique trois angiosarcômes, un sarcôme et un carcinôme. Deux malades succombèrent peu après l'opération. En outre, des accidents d'urémie emportèrent au bout de cinq jours l'opéré qui avait une dégénérescence kystique, bien que le rein n'eût pas été enlevé. Des trois malades qui survécurent, deux succombèrent au bout de quelques mois ; une femme seulement, opérée pour un angiosarcôme, fut revue en parfaite santé au bout de vingt mois.

Les résultats opératoires sont donc très mauvais aussi bien chez l'adulte que chez l'enfant. Evidemment, l'extirpation du rein, dans les cas de tumeur maligne, n'a de chances de succès qu'à la condition d'être pratiquée de bonne heure, dès que le diagnostic a pu être posé avec un degré suffisant de certitude.

L'auteur rapporte ensuite un cas de fibromyo-ostéo-sarcôme de la capsule du rein droit, observé chez une malade âgée de trente ans. La tumeur, qui avait débuté dix-huit mois auparavant, avait été prise d'abord pour un rein flottant ; elle remplissait tout le côté droit de l'abdomen et présentait des parties molles à côté d'autres très dures. Vu l'absence d'hématurie, le point de départ du néoplasme était douteux ; c'est pourquoi l'extirpation fut faite par la laparotomie médiane. La tumeur s'était développée entre le rein intact et la capsule surrénale. L'opérée guérit en six semaines ; elle fut revue une année plus tard en parfaite santé.

Intéressante aussi est l'observation d'un kyste sanguin paranéphritique chez une jeune fille de dix-neuf ans. D'une bonne santé antérieure, elle avait, trois semaines avant l'intervention, éprouvé subitement une sensation de pesanteur dans le côté gauche de l'abdomen. Elle était devenue extrêmement pâle et les jours suivants des douleurs vives l'avaient obligée à garder le lit. La tumeur arrondie, élastique, faisait saillie sous le rebord costal gauche, et vu l'absence d'hématurie, il était impossible de décider si elle avait eu comme point de départ le rein ou la rate. Par une incision oblique on mit à nu la tumeur que l'on ouvrit par voie rétro-péritonéale. Il s'agissait d'un sac énorme, d'où l'on évacua 1 litre 1/2 de sang liquide et de caillots ; la paroi interne avait l'aspect d'une muqueuse ; le kyste s'était développé en dehors du rein intact. Les bords de l'ouverture furent suturés dans la plaie. La guérison complète se fit en onze semaines. Il s'agissait d'un simple hématôme ; la paroi interne de la poche n'avait pas de revêtement épithélial. L'auteur suppose que l'hématôme a été la conséquence de la rupture d'un anévrysme. L'opérée fut revue au bout de vingt-sept mois, jouissant d'une santé excellente.

Nous ne ferons que mentionner un cas d'échinocoque du rein gauche chez une fillette de cinq ans. Le diagnostic de sarcôme fut maintenu même au cours de l'opération. L'enfant succomba, le lendemain de l'intervention, dans le collapsus. Une ponction exploratrice aurait peut-être permis d'éviter une si grave erreur.

L'auteur donne ensuite les observations détaillées de quatre hydronéphroses et de huit pyonéphroses traitées soit par l'inci-

sion, soit par la néphrectomie; deux opérés succombèrent. Nous sommes obligé de passer sous silence tous ces faits dont l'exposé succinct serait dénué de tout intérêt. Par contre, nous résumerons brièvement les deux dernières parties du travail de M. Hildebrand, consacrées au traitement chirurgical de la tuberculose rénale et du rein mobile.

Suivant M. Kœnig, la tuberculose rénale est dans beaucoup de cas d'origine artérielle et non consécutive à une affection tuberculeuse de la vessie ou des organes génitaux de l'homme. Ce fait, s'il se vérifie, est, on le comprend, de toute importance au point de vue des indications opératoires. Sur 9 malades de la clinique de Gœttingue, 6 étaient du sexe féminin. Or, 5 de ces dernières étaient affectées d'un catarrhe de la vessie depuis une ou plusieurs années. En outre, dans 2 de ces cas on trouva à l'autopsie une tuberculose très étendue de la vessie; on serait donc tenté d'admettre comme règle l'origine vésicale de la tuberculose du rein. Mais il importe de rappeler que la tuberculose rénale peut rester longtemps latente, tandis que celle de la vessie se manifeste bien vite par des symptômes de cystite; d'autre part, la tuberculose isolée n'est pas plus fréquemment observée à la vessie qu'au rein; enfin, chez les opérées de M. Kœnig, les lésions rénales étaient tellement avancées qu'elles paraissaient avoir plutôt précédé que suivi l'affection vésicale. D'ailleurs, aucune de ces malades n'avait eu de rétention d'urine pouvant favoriser la marche ascendante de la tuberculose. Mais un argument bien plus important en faveur de l'opinion formulée plus haut, c'est le résultat des opérations pratiquées chez les 5 malades qui avaient un catarrhe vésical concomitant. En effet, chez 3 d'entre elles l'extirpation du rein tuberculeux a été suivie d'une guérison complète. Les opérées ont été revues en parfaite santé au bout de plusieurs années. L'urine était claire et ne renfermait aucune trace d'albumine; il est donc permis de supposer qu'il s'agissait dans ces cas d'une tuberculose rénale primitive. Quant aux 3 opérés du sexe masculin, ils avaient tous une tuberculose de l'appareil génital; mais ici également l'auteur se croit autorisé à admettre que la tuberculose avait débuté par le rein.

Les résultats opératoires plaident aussi en faveur de la manière de voir de M. Kœnig. En effet, sur 8 opérés, 4 ont guéri et n'ont présenté, après plusieurs années, aucun signe d'affection rénale. Les 4 autres ont succombé au bout d'un temps qui a varié de vingt-quatre heures à un mois et demi. Chez 3 d'entre eux on a pu faire l'autopsie; or, dans un cas, l'autre rein était absolument indemne de tuberculose. Ces faits, de même que ceux de Tuffier, de Steinthal, démontrent, en outre, la fréquence de l'unilatéralité des lésions et justifient pleinement l'intervention chirurgicale dans la tuberculose rénale.

La néphropexie pour rein mobile a été pratiquée dans 12 cas, dont 11 intéressaient le côté droit; aucune opérée n'a succombé. Dans 1 cas seulement l'opération ne fut suivie d'aucune amélioration; il s'agissait d'une jeune fille hystérique. Une laparotomie, pratiquée plus tard pour d'autres motifs, démontra que le rein était resté fixé à sa place normale. Sur les 11 autres opérées, 6 ont été guéries complètement et définitivement. La fixation du rein est faite au moyen de quatre sutures, dont deux à la soie et deux au catgut. Les fils sont passés profondément à travers la substance rénale, avec une distance de 3 à 4 centimètres entre les points d'entrée et de sortie. *(Semaine Médicale.)*

Du traitement opératoire de la maladie de Basedow.

Par M. O. BRINER. (*Beitræge z. klin. Chir.*, XII, 3.)

L'inefficacité habituelle des moyens médicaux a conduit les chirurgiens à tenter la guérison de la maladie de Basedow par des moyens opératoires consistant, soit dans la thyroïdectomie, soit dans la ligature des artères thyroïdiennes. Après avoir passé en revue les tentatives de ce genre qui ont été faites jusqu'à ce jour, l'auteur donne les observations de 8 malades traités par l'extirpation du goître, à la clinique de Zurich. Ces 8 opérés ont été revus au bout d'un temps assez long pour permettre d'apprécier le résultat définitif de l'intervention. Or, chez tous sans exception on a constaté soit une guérison complète, soit une amélioration telle des symptômes que l'opéré se considérait comme entièrement guéri et était parfaitement en état de vaquer à ses occupations. Se basant sur ces bons résultats, l'auteur émet l'opinion que la strumectomie est préférable à la ligature des artères thyroïdiennes, laquelle, on le sait, a été surtout préconisée par Kocher dans la maladie de Basedow: d'une part, en effet, les difficultés opératoires sont au moins aussi grandes pour la ligature que pour l'extirpation du goître; d'autre part, il n'est nullement démontré que la première de ces deux opérations soit moins dangereuse que l'autre. En outre, l'extirpation s'impose absolument dans les cas où le malade est en proie à une forte dyspnée. Enfin, la ligature ne saurait amener à un degré notable la régression ou l'atrophie de goîtres colloïdes ou kystiques, le goître étant loin, dans la maladie de Basedow, d'être toujours purement vasculaire.

Bien que la mortalité opératoire soit peu élevée, la thyroïdectomie dans la maladie de Basedow n'en constitue pas moins une intervention grave, dont il importe de fixer nettement les indications. Il est évident que l'on se contentera d'abord du traitement médicale dans les formes légères de cette maladie; mais on n'hésitera pas à intervenir si, après un traitement prolongé, on constate une aggravation progressive des symptômes. D'un autre côté, l'opération s'impose dans les cas où le goître détermine une forte dyspnée par compression de la trachée. Enfin, certains malades, sans avoir beaucoup de gêne respiratoire, sont dans un état de cachexie avancée qui semble être une contre-indication absolue à l'opération; cependant cette dernière peut être tentée comme une dernière ressource, alors même que l'on redoute une terminaison fatale en raison de l'état du système nerveux ou de la dégénérescence graisseuse avancée du cœur.

L'auteur termine son travail par des considérations théoriques sur la nature de la maladie de Basedow. Il examine d'abord les diverses hypothèses qui ont été émises à ce sujet, puis il arrive à la conclusion que la cause essentielle de cette affection est un trouble du système nerveux central. Ce sont peut être les noyaux de la moelle allongée qui sont le siège de l'altération pathologique initiale, laquelle retentit sur d'autres organes, et en particulier sur la glande thyroïde, probablement par l'intermédiaire des vasomoteurs. Cette glande altérée dans ses fonctions fournit des produits de sécrétion anormaux qui déterminent des phénomènes d'intoxication de tout l'organisme: ainsi s'explique le mieux la grande diversité des symptômes observés dans la maladie de Basedow. *(Semaine Médicale.)*

Sur l'extirpation du sterno-cléido-mastoïdien dans le torticolis avec remarques sur la pathologie de cette affection.

Par M. MIKULICZ. (*Centralblat fur Chirurgie*, 5 janvier 1895.)

Malgré de nombreux travaux sur cette question, l'étiologie, la pathogénie et le traitement du torticolis demandent de plus grands éclaircissements.

Jusqu'ici, pour le traitement de cette affection, deux méthodes surtout étaient employées: la ténotomie sous-cutanée et la section à ciel ouvert partiquée par Volkman.

Ces deux opérations offrent le désavantage d'un traitement consécutif difficile et le danger de récidives. C'est pourquoi l'auteur s'est résolu d'abord dans quelques cas très marqués à extirper complètement le sterno-mastoïdien malade, puisque ce muscle est fonctionnellement sans valeur et puisque la déformation physique due à l'enlèvement du muscle n'a pas tant d'importance. Le résultat favorable de l'extirpation totale dans ces cas graves engagea l'auteur à employer la même conduite pour les cas où le muscle a encore un certain degré d'excitabilité électrique quand des essais d'extirpation partielle n'ont donné aucun résultat favorable.

Technique de l'opération. — Incision longitudinale de 3 à 4 cen-

timètres entre la portion sternale et la portion claviculaire du sterno-mastoïdien. Les bords de la plaie sont réclinés à l'aide de crochets pointus, d'abord vers la portion claviculaire, puis vers la portion sternale et l'on va miner d'arrière en avant les deux chefs du muscle au niveau de leurs insertions, partie en les coupant avec le bistouri, partie en les détachant. Pour protéger le plan profond, on place sous le muscle un élévateur.

La désinsertion faite, chacune des deux portions détachées est saisie avec une pince à artères, tirée fortement en haut, séparée de ce qui l'entoure, partie en détachant, partie en râclant jusqu'au point où les deux chefs se réunissent.

Pour extirper la partie commune du muscle, la tête est inclinée aussi loin que possible dans la direction pathognomonique. On réussit ainsi, par cette petite plaie, à extraire le muscle jusqu'à l'apophyse mastoïde. Là, on le désinsère avec des ciseaux, en serrant la mastoïde aussi près que possible ; on laisse seulement la partie postéro-supérieure que traverse la branche du nerf spinal.

Après l'extirpation du muscle, on étend la tête aussi loin que possible du côté opposé ; ainsi les quelques faisceaux musculaires qui seraient restés sont tendus et on les extirpe. Pendant l'opération, on doit surtout prendre garde pour éviter la blessure de la veine jugulaire interne ou de la branche externe du spinal.

L'opération terminée, la plaie est complètement suturée. Sans drain, pansement légèrement compressif, fixation de la tête dans une position un peu corrigée. Un traitement orthopédique particulier n'est pas nécessaire. Comme suite opératoire désagréable, un peu d'aplatissement du cou.

Relativement à la pathogénie du torticolis, l'auteur émet l'opinion qu'il s'agit simplement d'une déchirure musculaire avec hématome pendant la grossesse. Il y a, comme le montrent les recherches anatomiques et microscopiques, un processus d'inflammation chronique à caractère progressif, une myosite fibreuse se produisant insidieusement. Si l'on ne peut disconvenir de l'étiologie, souvent traumatique, il faut cependant admettre comme cause dans quelques cas un agent infectieux.

Sur l'opération des végétations adénoïdes.

Par M. C. Ziem.

L'extirpation des végétations adénoïdes au moyen d'un nœud coulant introduit dans le nez sous le contrôle de l'index a donné à Ziem des résultats excellents et rapides. La palpation ne doit pas être violente. Pour exécuter cette opération, Ziem s'est fait faire, surtout pour le nez des jeunes enfants, un porte-lacs très fin, dont les deux tubes couchés l'un dans l'autre ont ensemble un diamètre de 3 millimètres. Les tubes sont très bien fixés par plusieurs petites bagues de fil de zinc fin qui ne rouille pas par l'ébullition : on peut aussi, avant chaque opération, entourer les extrémités des tubes d'un fil de soie neuf et résistant.

Le porte-lacs armé de son nœud coulant, le nœud étant dans la direction sagittale, est introduit dans le nez d'une main légère : ensuite, sitôt qu'il a pénétré dans la cavité naso-pharyngienne, ce que l'on sent distinctement, on le place transversalement, et, au moyen de l'index gauche rapidement conduit dans la cavité naso-pharyngienne, on le place autour de la végétation : on tire en arrière au moyen d'une légère secousse, après quoi la végétation tombe d'elle-même, ou reste suspendue au nœud coulant, ou bien encore est balayée au moyen d'une pompe foulante inventée par Ziem.

En plaçant le nœud coulant autour de la végétation, on remonte naturellement aussi haut que possible, pour en enlever un plus gros morceau. Pour cela, surtout chez les enfants, il est quelquefois utile de se mettre sur un genou : d'en bas on atteint plus facilement la végétation. Trouve-t-on que le nœud coulant introduit ne peut pas être placé autour de la végétation parce que le porte-lacs n'est pas bien courbé, ou parce que le nœud a perdu sa forme, il vaut mieux alors retirer le nœud coulant ouvert et vide que de faire un essai d'extraction inutile.

L'introduction d'instrument mal courbé peut être évité en introduisant d'abord dans le nez et la cavité naso-pharyngienne un fil flexible de cuivre ou d'autre métal analogue ; on en contrôle par la palpation la position par rapport à la végétation, on le courbe suivant ce qui est nécessaire et l'on règle ensuite sur lui la courbure de l'instrument. Ce qui reste, ce qu'on ne peut plus saisir avec le nœud coulant, on l'enlève avec la cuiller de Trautmann.

Il est inutile d'endormir le malade ni même de faire des badigeonnages du nez et de la cavité naso-pharyngienne à la cocaïne.

Les badigeonnages ont cet inconvénient que des végétations molles, richement vasculaires, peuvent diminuer après la cocaïnisation et sont ensuite plus difficile à saisir.

Craniectomie pour idiotie.

Par M. W. Spandock. (*Société médicale de l'Université de Varsovie*, déc. 1894.)

Il s'agit ici d'un jeune homme de quatorze ans qui, dans son enfance, a souffert du rachitisme et dont le développement aussi bien spirituel que corporel s'est fait lentement. Il apprit seulement à marcher à 3 ans, et à 4 ans il ne savait pas encore parler ; actuellement il ne connaît pas encore ses lettres. Avant, il était méchant, très sale, paresseux, voleur, il frappait sans raison les autres enfants, il jettait des pierres aux passants et disparaissait de la maison pour plusieurs semaines.

Le crâne présente des signes de dégénérescence : front bas, grandes oreilles tombantes, palais élevé, dents mal plantées ; derrière la tête, du côté droit, la peau et les parties molles qui recouvrent les os sont épaissies. Le malade présente de l'hyperkinésie, de la caprolalie, de l'écholalie, il ne peut concentrer un instant son attention sur un objet ou sur une pensée, il a du trouble des idées et une perte de la mémoire. En mars 1894, on fait à la partie postérieure du côté droit six ouvertures de trépan; du côté gauche, trois seulement.

De plus, à droite la dure-mère fut incisée et en cet endroit l'écorce cérébrale était gonflée, œdémateuse, recouverte d'une masse gélatineuse. Au commencement d'avril, le malade quitte l'hôpital sans trace d'amélioration : les mois suivants il était encore l'effroi de ceux qui l'entouraient. Après une courte amélioration de l'état psychique, survient une aggravation, il y eut ainsi plusieurs alternatives d'amélioration et d'aggravation jusqu'à une amélioration durable. L'enfant est maintenant calme, sage, il ne dit plus d'injures, ne dérange plus personne et est poli, reconnaissant pour les soins qu'on lui donne.

Les troubles de prononciation et de mémoire sont disparus, il se rappelle même le passé et il en a honte. Puisque auparavant une telle amélioration ne s'était jamais produite, il faut attribuer celle-ci à l'opération.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 septembre.

Essai physiologique sur la musique.

M. Ferrand lit sur ce sujet un travail qui se termine par la conclusion suivante :

Au point de vue médical, la musique peut être rapprochée des plus profonds modificateurs de l'activité du système nerveux ; elle mériterait de prendre place, en thérapeutique, à côté des agents antispasmodiques, c'est-à-dire de ceux qui modifient l'activité des centres nerveux en leur communiquant une impression autre que celles auxquelles ils ont l'habitude d'obéir.

En variant ses divers modes, la mécanique de son rythme, la vivacité de sa mélodie, le complexus de son harmonie, la musique

66e Année. 9e Série. Tome II — No 39 — 28 Septembre 1895

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : Dr F. de RANSE — *Rédacteur en chef :* Dr Pierre SEBILEAU

Secrétaire de la Rédaction : M. Em. EMERY

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 28, rue Vignon]

TRAVAUX ORIGINAUX

De l'utilité et des dangers des badigeonnages de gaïacol.

Par L. Bard, professeur à la Faculté de Lyon. (*Province médicale*, 21 septembre 1895.)

Depuis l'époque, encore récente (juin 1893), où, après Sciolla, de Gênes, et le premier en France, j'ai attiré l'attention sur l'action antifébrile des badigeonnages de gaïacol, ce procédé thérapeutique a été l'objet de très nombreux travaux ; je ne me propose pas de les discuter, ni même de les analyser dans cette courte communication, je voudrais seulement apporter une nouvelle contribution à cette question encore pendante, en indiquant la manière de voir à laquelle m'ont conduit mes observations personnelles.

Je n'aurai en vue, dans cette note, que les badigeonnages de gaïacol pur, considérés au point de vue de leur action sur la température fébrile, sans m'arrêter ni aux mélanges qui ont été recommandés par quelques auteurs, ni à l'action analgésiante qu'on a pu leur reconnaître. Je ne compte plus les malades auxquels j'ai fait ou vu pratiquer des badigeonnages de gaïacol au cours de ces deux années, et mon expérience repose maintenant sur une très longue série de faits.

I. — Je dois dire tout d'abord qu'à côté des avantages, il y a le chapitre des inconvénients, et même des dangers, qui est très loin d'être négligeable, et qui ne paraît pas avoir suffisamment attiré l'attention des observateurs. On sait que Sciolla avait déclaré qu'il n'y avait à craindre d'accident d'aucune sorte, tandis que j'indiquais, dès mon premier mémoire, que l'innocuité du médicament était loin d'être aussi grande que l'affirmait l'auteur italien.

Mes observations ultérieures ont pleinement confirmé cette première impression : les badigeonnages de gaïacol ont leurs dangers ; ils ne doivent être employés qu'avec prudence, dans des cas et suivant une méthode qu'il est indispensable de préciser nettement.

Je ne considère pas comme un danger l'action irritante que le gaïacol exerce parfois sur la peau au lieu de son application ; le plus souvent ces phénomènes d'irritation sont le fait de gaïacols impurs, et bien qu'il existe des sujets chez lesquels le gaïacol le plus pur exerce cette influence, par le fait d'une susceptibilité particulière, ces cas sont si rares qu'il n'y a pas lieu de s'y arrêter. Je n'ai jamais vu d'ailleurs que ces éruptions fussent suivies d'accidents sérieux, bien qu'elles soient douloureuses et qu'elles persistent plusieurs jours ; dans les cas où elles se produisent, leur application est rapide, et une cuisson vive se manifeste rapidement après le badigeonnage. Leur principal inconvénient est de diminuer très notablement, souvent même d'empêcher complètement l'action antifébrile du médicament, de telle sorte que cette idiosyncrasie constitue une contre-indication formelle à son emploi[1].

Je ne considère pas non plus comme importantes les sensations désagréables que le malade peut éprouver par le fait des sueurs profuses, qui sont habituelles, ou de la sensation de froid trop accusé, qui est exceptionnelle, ou même de la sensation de faiblesse qui résulte de la chute brusque de la fièvre. Dans la grande majorité des cas, ces phénomènes sont accompagnés d'une grande détente de l'état général, de la disparition du délire et du point de côté (chez les pneumoniques), quelquefois de polyurie, et, somme toute, dès la fin des sueurs, d'une sensation de mieux être que les malades apprécient beaucoup après les premiers badigeonnages ; on ne saurait donc y voir de dangers, ni même de réels inconvénients. Par contre, il en est tout autrement quand les badigeonnages se répètent, et ces phénomènes utiles ou même heureux, dans les premiers jours, ne tardent pas à devenir plus ou moins intolérables et parfaitement nuisibles.

Les véritables dangers sont de deux ordres : les uns se rattachent à l'action immédiate des badigeonnages et peuvent se manifester dès la première application, les autres se rapportent à la répétition des badigeonnages et résultent de la prolongation de leur emploi.

Le danger immédiat, qui paraît au premier abord le plus redoutable, est celui d'un abaissement exagéré de la température entraînant du collapsus et pouvant aller jusqu'à la mort. Toutefois l'observation ne justifie pas cette crainte, au moins avec les doses que j'emploie et qui ne dépassent jamais deux grammes à la fois ; cependant le fait peut se produire chez des malades dont la résistance est très affai-

blie par un état très grave, et qui sont avant le badigeonnage dans un état voisin de l'agonie.

Le plus souvent l'action nocive du badigeonnage s'exerce par un mécanisme différent ; la température s'abaisse comme à l'ordinaire : une amélioration subjective, plus ou moins marquée, se manifeste même, puis après 6 ou 7 heures de mieux et d'apyrexie relative, la température remonte brusquement par une sorte de choc en retour, très rapidement, quelquefois avec un frisson intense : les phénomènes graves reparaissent avec une intensité nouvelle, la température atteint un fastigium plus élevé qu'avant le badigeonnage, et le malade succombe en deux ou trois heures, au cours de cette sorte d'ictus fébrile.

J'ai eu l'occasion, à plusieurs reprises, d'observer cette évolution morbide ; il s'agissait, dans tous ces cas, de pneumonie tuberculeuse ou d'hépatisation grise, chez des malades déjà très gravement atteints et toujours irrémédiablement condamnés par leur affection première.

On peut se demander si l'on ne pourrait pas, dans les cas que je viens de signaler, parer au danger de cette réascension thermique brutale par un nouveau badigeonnage ; j'ai rarement eu l'occasion de le tenter, d'ailleurs sans succès, ce qui ne m'a pas étonné, car j'ai déjà signalé ailleurs l'inefficacité relative des badigeonnages pendant les périodes d'ascension des accès fébriles.

Il importe de connaître ce mode d'action funeste, qui peut hâter le dénouement, mais sans y attacher une trop grande importance clinique, puisqu'il ne semble pas qu'il soit à craindre dans les affections curables ; c'est une raison cependant d'user de prudence dans les cas de cette nature, et, en pareille circonstance, de tâter d'abord la susceptibilité du malade par des doses faibles.

Ces faits sont surtout instructifs parce qu'ils témoignent de la violence de l'action perturbatrice du médicament, et qu'ils permettent déjà de prévoir les inconvénients et les dangers de la répétition de cette action, dangers dont l'importance est plus considérable que celle des précédents, et dont la méconnaissance peut être, et me paraît avoir été, en fait, beaucoup plus funeste.

Tout d'abord, comme je l'ai dit plus haut, la répétition des phénomènes que provoque chaque badigeonnage fatigue et décourage les malades ; ils s'affaiblissent manifestement et attribuent leur faiblesse à leurs sueurs profuses. Mais cet élément n'est pas le seul en cause, car on constate en même temps des symptômes de dépression nerveuse profonde, qu'on peut être tenté de rattacher à l'action toxique du médicament ou à celle de la maladie elle-même, mais qui me paraît être plutôt le fait de l'action perturbatrice sur le système nerveux central, du véritable shock, qui accompagne chaque badigeonnage, dont l'action discrète peut être très puissante, mais dont la répétition épuise la force nerveuse. Le fait est déjà manifeste, mais relativement atténué, chez les tuberculeux soumis, pendant deux ou trois semaines, à un ou deux badigeonnages par jour ; il atteint son maximum chez les typhiques, quand ils ont été soumis à des badigeonnages répétés plusieurs fois par jour, même à des doses modérées.

Assurément le fait ne se produit pas chez tous, peut-être faut-il une susceptibilité particulière du système nerveux du sujet, et j'ai observé quelques faits qui m'ont montré qu'il fallait se méfier de cette influence dépressive surtout chez les névropathes et les dégénérés.

Ces accidents de dépression ou d'épuisement nerveux sont d'une gravité d'autant plus haute, qu'ils s'installent sournoisement, qu'ils n'apparaissent parfois qu'après la cessation des badigeonnages et qu'ils ne disparaissent pas avec eux. Les malades paraissent en proie à une intoxication profonde ; ils sont pâles, la peau froide couverte de sueurs, toujours en imminence syncopale, dans un état plus ou moins voisin du coma, avec des températures parfois hyperthermiques, quelquefois peu élevées, presque toujours variables, comme instables. J'ai observé antérieurement des phénomènes analogues, mais moins accusés, chez les tuberculeux et chez les typhiques traités par des doses répétées d'antipyrine ; je crois qu'il faut rapprocher, à ce point de vue, le mode d'action de ces deux médicaments, et les envelopper dans la même réprobation pour le traitement des états fébriles prolongés.

Les observations précédentes m'ont conduit, depuis longtemps déjà, à ne jamais renouveler les badigeonnages de gaïacol plus de deux fois par jour et à ne jamais les employer plus de 4 ou 5 jours consécutifs ; le plus souvent même je suis encore plus réservé, n'en prescrivant qu'un seul tous les deux jours et pendant une courte période. De là cette conclusion que les badigeonnages de gaïacol sont contre-indiqués, ou ne peuvent jouer qu'un rôle spécial et bien défini, dans le traitement des états fébriles à cycle prolongé, comme la fièvre typhoïde ou la tuberculose. Cette donnée apparaîtra plus clairement après ce qui me reste à dire de l'utilité des badigeonnages.

II. — L'action la plus frappante des badigeonnages de gaïacol est l'abaissement thermique immédiat qui leur succède, abaissement qui atteint son maximum en trois ou quatre heures, et persiste quelquefois pendant sept ou huit heures, bien rarement davantage. C'est là l'effet le plus constant, le plus indépendant de la maladie causale, aussi est-ce le seul que Sciolla avait signalé, et celui qui a le plus attiré l'attention des observateurs ultérieurs. J'ai montré, dès ma seconde publication, consacrée plus spécialement à l'emploi des badigeonnages de gaïacol contre l'érysipèle, que cet abaissement immédiat de la température centrale n'est pas le seul effet que ces badigeonnages exercent sur la fièvre ; dans un certain nombre de cas, plus limités il est vrai, on observe une action d'un autre ordre, prolongeant son effet au delà de la première, s'accusant tantôt par la persistance définitive de la défervescence artificielle obtenue, tantôt seulement par la persistance d'une apyrexie relative pendant un ou plusieurs jours.

Cette seconde partie de l'action du gaïacol paraît exercer une influence réellement curative sur la maladie dont elle précipite le dénouement favorable, soit qu'elle ne s'exerce que sur les centres nerveux, soit qu'elle influence le processus pathologique lui-même par l'intermédiaire de phénomènes vaso-moteurs.

J'ai proposé de désigner l'effet immédiat des badigeonnages sous le nom *d'action antithermique*, et de réserver l'expression *d'action antipyrétogène* pour l'effet durable, voulant indiquer par là qu'il étend son influence jusque sur la cause pyrétogène, quelle que soit d'ailleurs l'idée que l'on puisse se faire du mécanisme de cette influence.

L'action antithermique est, le plus souvent, accompa-

gnée des phénomènes de sédation générale et locale, que j'ai déjà signalés plus haut, et qui constituent un effet favorable du médicament. Cette action est très générale, elle se rencontre presque au même degré quelle que soit l'affection causale ; sa puissance est surtout le fait de susceptibilités individuelles, sauf dans deux circonstances :

D'une part, elle fait souvent défaut quand le badigeonnage arrive dans a période ascensionnelle d'un accès, surtout si celui-ci est lié à quelque complication ; cette ascension peut alors n'être nullement enrayée, mais je n'ai cependant rien observé qui puisse permettre d'admettre une action paradoxale, entraînant par elle-même l'élévation de la température fébrile, par l'effet immédiat du badigeonnage.

D'autre part, quand on compare les malades entre eux et surtout les résultats des divers badigeonnages chez un même malade, il est manifeste que le chiffre de l'abaissement est en rapport très net et presque constant avec la proximité de la défervescence définitive.

Quelque intéressante et quelque utile que puisse être dans certains cas l'action antithermique, je pense qu'elle le cède en importance, au point de vue thérapeutique, à l'action antipyrétique; celle-ci est plus rare, moins banale que la précédente ; elle est en rapport avec la maladie causale, et même avec les périodes diverses de cette maladie, de telle sorte que c'est elle qui doit servir de pierre de touche pour l'appréciation de l'utilité réelle du médicament.

A ce point de vue, je me suis surtout attaché à préciser le mode d'action et le degré d'influence des badigeonnages, sur la tuberculose fébrile, sur l'érysipèle, sur la pneumonie et sur la fièvre typhoïde.

Pour toutes ces affections, je possède actuellement de nombreuses observations, qui me paraissent suffisamment précises et suffisamment concordantes pour me permettre de formuler des conclusions nettes. Pour les autres affections fébriles, je ne possède que des observations peu nombreuses, ou même isolées, qui ne me permettent encore aucune appréciation rationnelle.

Je serai bref pour ce qui concerne la fièvre typhoïde; j'ai peu employé les badigeonnages contre cette affection : d'une part, parce que les premiers effets observés ne m'ont pas paru favorables; d'autre part, parce que je suis trop convaincu, par une longue expérience, de l'efficacité absolue des bains froids pour tenter volontiers l'essai de nouvelles médications. Néanmoins, j'ai pu observer l'effet du gaïacol, soit chez des malades vus en consultation au cours de ce traitement, soit même dans mon service chez des malades qui avaient refusé obstinément le traitement de Brand.

Les faits que j'ai observés m'ont paru nettement défavorables; je considère le traitement de la fièvre typhoïde par les badigeonnages de gaïacol comme inefficace, et pouvant devenir dangereux, quand on a recours à des badigeonnages répétés pendant toute la durée de l'affection. Les badigeonnages isolés exercent leur influence antithermique habituelle, mais ils n'ont aucune action antipyrétique, et il est même habituel de voir la température du lendemain plus élevée que celle de la veille, l'action antipyrétique étant ainsi remplacée par une action excitante inverse, dans laquelle il est légitime de trouver une importante contre-indication. Cependant j'ai pu constater cette action antipyrétique, vers la fin de la maladie, alors qu'une apyrexie relative a fait cesser les bains, mais qu'une température subfébrile se prolonge outre mesure au voisinage de 38°5 ; en pareil cas, un badigeonnage unique, ou renouvelé une seule fois le lendemain ou le surlendemain, peut hâter la défervescence et abréger la durée de cette période traînante.

Dans l'érysipèle de la face, l'action est nettement favorable; je me contenterai de renvoyer, pour les détails, au mémoire que j'ai publié sur ce point particulier. Ce mémoire contient cinq observations; j'en ai recueilli depuis dix autres, qui ont confirmé les données acquises par les premières, et je n'aurais pas beaucoup à ajouter aux conclusions formulées à cette époque. Sur ces quinze cas, treize ont été suivis de guérison, et deux, d'origine traumatique, ont succombé à des accidents pyohémiques.

Les résultats sont également favorables dans la pneumonie fibrineuse. Je possède 14 observations de malades traités dans mon service d'hôpital, recueillies avec tous les détails nécessaires; onze de ces observations ont été publiées in-extenso dans la thèse de mon ancien externe, M. Boissat, soutenue récemment devant la Faculté de Lyon, à laquelle je ne puis que renvoyer pour des détails plus complets. Ces observations se divisent ainsi : dix ont été suivies de guérison; trois ont succombé, de quelques heures à trois jours après l'entrée à l'hôpital, et on a trouvé chaque fois à l'autopsie une hépatisation grise très étendue ; le dernier cas est plus complexe : il s'est agi d'une pneumonie qui, après avoir passé à l'état chronique sous forme de pneumonie hyperplasique, s'est résolue lentement mais presque complètement; la température s'était abaissée par degrés, dès le début du traitement commencé le huitième jour, descendant au-dessous de 39° le treizième jour, oscillant de 38°2 à 38°5 du treizième au seizième jour, pour se relever ensuite sous l'influence d'une poussée tuberculeuse granulique, pendant laquelle le gaïacol ne fut pas employé, et qui emporta le malade 26 jours après le début de sa pneumonie.

D'une manière générale, les badigeonnages de gaïacol se sont montrés impuissants dans les cas d'hépatisation grise; dans deux des trois cas, ils m'ont paru avoir pu précipiter le dénouement, par le mécanisme de l'hyperthermie secondaire sur lequel j'ai insisté dans la première partie de cette communication.

L'action favorable de l'abaissement thermique immédiat sur l'état général, sur la dyspnée, sur le délire, sur le point de côté, sur la circulation même, a rarement fait défaut et s'est montrée parfois très remarquable. Il est plus difficile d'apprécier avec certitude l'influence du gaïacol sur la marche générale de la maladie et sur sa mortalité éventuelle; on doit cependant considérer comme très favorable, à ce point de vue, le fait que les badigeonnages exercent une action efficace sur la défervescence, qu'ils parviennent incontestablement à provoquer, quelquefois d'une manière prématurée, d'autres fois en déterminant une défervescence à une période tardive alors qu'elle paraissait devoir manquer spontanément.

C'est ainsi que, dans le cas suivi de mort par poussée tuberculeuse secondaire, ils ont réussi à obtenir la résolution graduelle d'une pneumonie qui se prolongeait au delà des limites ordinaires, et la guérison définitive fût certainement survenue sans l'explosion tuberculeuse ultérieure.

Dans un autre cas où le traitement a été commencé le sixième jour, la défervescence a été obtenue le onzième jour de la maladie, alors qu'on pouvait craindre qu'elle ne fît défaut.

Il est plus difficile d'apprécier le caractère prématuré d'une défervescence, parce que celle-ci peut se faire à des époques assez variables pour qu'il soit impossible de se baser sur le simple relevé des dates; par contre deux détails me semblent de nature à mettre hors de doute l'action du gaïacol à ce point de vue: c'est d'une part ce fait, que j'avais déjà constaté pour l'érysipèle, que la défervescence définitive survient presque toujours par la persistance de l'apyrexie obtenue artificiellement le soir par un badigeonnage qui a ainsi, pour le moins, évité une nuit d'hyperthermie; c'est d'autre part cet autre fait que, contrairement à la marche normale de la maladie, il n'y a pas de chute brusque de la fièvre, pas d'exacerbation précritique, et que la défervescence s'obtient d'ordinaire en lysis, par le fait d'un certain degré d'action antipyrétique des premiers badigeonnages, précédant celui qui entraîne enfin l'apyrexie terminale.

Des détails qui précèdent, il résulte que les badigeonnages de gaïacol m'ont donné de bons résultats dans le traitement de la pneumonie fibrineuse; je les emploie, en pareil cas, de même que dans l'érysipèle de la face, à la dose de 1 à 2 grammes, répétés deux fois par jour. La pneumonie étant une maladie de courte durée, je n'ai pas eu lieu d'observer les inconvénients signalés plus haut des badigeonnages trop longtemps répétés, mais je suis si convaincu de leur nocuité, que je m'impose pour règle de ne pas commencer ce traitement avant le quatrième jour de la pneumonie, pour ne pas m'exposer à les prolonger au delà de quelques jours. Par contre, je ne vois d'autre contre-indication qu'une hépatisation grise, ou qu'un état général trop grave qui puisse faire craindre l'hyperthermie secondaire. Je considère le gaïacol comme le meilleur traitement applicable à la seconde moitié de l'évolution d'une pneumonie franche à température élevée; par contre, d'après ce que j'ai observé chez de nombreux pneumoniques traités par la méthode de Brand, je pense que les bains froids ont une action plus efficace et plus sûre quand ils peuvent être employés dès le début de la maladie, ou au moins dès le deuxième ou troisième jour; commencés plus tard, à l'inverse de ce qui se passe dans la fièvre typhoïde où ils sont le traitement de choix à toutes les périodes, ils ont ici plus d'inconvénients que d'avantages, ils perdent tout au moins la plus grande partie de leur efficacité.

Dans la tuberculose fébrile les badigeonnages de gaïacol ne possèdent une efficacité réelle que dans des cas assez rares, bien déterminés à mon avis, et qu'il importe de préciser. C'est dans la tuberculose que l'emploi de ce procédé thérapeutique exige le plus de méthode et de discernement; c'est ici surtout qu'il faut avoir pour guide l'existence et le degré de l'action antipyrétique. L'action antithermique est constante, dans toutes les formes et à toutes les périodes, mais la répétition des badigeonnages n'est jamais suivie d'effets utiles quand la courbe thermique n'est pas influencée dès les premiers jours. Après d'inévitables tâtonnements, je procède maintenant toujours de la manière suivante: quand les badigeonnages me paraissent indiqués, j'en prescris un premier à faire avec 1 gramme le soir à 5 heures; je le renouvelle à 1 ou 2 grammes suivant l'effet produit, tous les deux jours, rarement tous les jours, me contentant habituellement de trois au total, ne dépassant jamais cinq. S'il y a lieu je recommence de la même manière une nouvelle série, quatre ou cinq semaines après la première.

Les malades ainsi traités se divisent en trois catégories: chez les uns on n'obtient aucune modification de la courbe générale, mais, du moins, avec cette discrétion on n'a jamais d'effets nuisibles; chez d'autres on obtient un abaissement de la courbe de 0°5 à 1°, brusque, se montrant sur le tracé comme une transposition de la portée; chez d'autres, enfin, malheureusement trop rares, mais dont j'ai déjà observé plusieurs exemples, on descend une marche à chaque badigeonnage, et on arrive, au bout de quatre ou six jours, à une apyrexie complète succédant à une fièvre intense qui durait depuis plusieurs mois; en même temps l'état général se transforme, l'appétit se réveille, le poids augmente rapidement, et, en quelques jours, une convalescence franche s'établit avec une rapidité extraordinaire. Il faut avoir assisté à une de ces résurrections surprenantes pour arriver à en admettre la réalité; un de mes premiers cas, publié déjà dans mon premier mémoire, se rattache à ce type spécial; d'autres auteurs en ont publié de nouveaux cas; tel est, par exemple, celui que Bosc a communiqué au Congrès de Lyon l'année dernière. Il m'est arrivé récemment de constater ce même type évolutif chez une malade qui, un mois auparavant, n'avait présenté qu'un léger abaissement de sa courbe générale à un premier essai du médicament.

La répartition des malades traités entre ces trois catégories ne résulte pas d'idiosyncrasies particulières, l'observation montre qu'elle est en rapport avec les formes et les périodes de la maladie. Je ne puis pas entrer, sur ce point, dans de longs détails, qui m'entraîneraient d'autant plus loin que ma manière de voir sur l'évolution et sur les formes cliniques de la tuberculose diffère notablement des données classiques; je me contenterai de dire que le badigeonnage de gaïacol n'exerce d'influence puissante que sur les poussées granuleuses interstitielles de moyenne intensité, ayant encore échappé à la suppuration, aux pneumonies périphériques, et aux divers processus ulcératifs dont les lésions tuberculeuses peuvent être le siège. Pour moi, pour des raisons qui n'ont rien à faire avec la bactériologie, toutes ces lésions sont de véritables complications liées à des infections secondaires ou associées; il faut retourner l'ancien aphorisme de Niemeyer et des dualistes, en déclarant que les lésions purement tuberculeuses sont relativement bénignes par elles-mêmes et qu'elles empruntent la plus grande partie de leur gravité aux associations morbides auxquelles elles ouvrent la porte.

Or, il arrive que les badigeonnages de gaïacol sont impuissants contre toutes ces complications, et qu'ils réservent toute leur efficacité, réelle quoique trop restreinte, contre les granulations tuberculeuses que j'appelle volontiers aseptiques ou, plus exactement, uniseptiques, voulant dire par là qu'elles ne relèvent que du virus tuberculeux isolé. Il résulte de là que l'efficacité des badigeonnages sera, toutes choses égales d'ailleurs, d'autant plus grande que les phénomènes d'auscultation seront plus réduits, et

que la fièvre et l'affaiblissement général seront les seuls symptômes révélateurs de l'affection ; c'est en pareil cas qu'on rencontre les guérisons rapides du troisième type. Le second type appartient aux cas dans lesquels une poussée granuleuse, plus ou moins masquée, contribue à élever une fièvre que des lésions ulcéreuses discrètes ou torpides maintiendraient moins élevée, mais continueront à entretenir après l'arrêt ou la résolution de la poussée interstitielle. Enfin, le premier type, celui de l'insuccès absolu, appartient aux ramollissements étendus, à la fièvre hectique, à la pneumonie tuberculeuse, à tous les cas, enfin, dans lesquels dominent les infections surajoutées.

L'effet n'est malheureusement pas toujours salutaire, même dans les cas où l'indication précédente est le plus complètement réalisée, comme il arrive, par exemple, dans les granulies aiguës ; il faut encore que les granulations soient discrètes, et, probablement aussi, que les badigeonnages arrivent à cet instant psychologique, où une poussée existante est voisine de sa terminaison, et où une nouvelle explosion se prépare sans être encore réalisée. L'impossibilité où l'on est de formuler sur ce point un jugement absolu, les dangers de la prolongation des badigeonnages et le fait bien établi que leur maximum d'effet est atteint, quand il y a lieu, en peu de jours et comme d'emblée, toutes ces raisons se réunissent pour justifier la méthode d'emploi espacé et discontinu que je viens d'indiquer. Il y a lieu de l'instituer toutes les fois que la fièvre tuberculeuse se prolonge, seule, ou hors de proportion avec les phénomènes d'auscultation ; en procédant ainsi on échouera souvent, mais souvent aussi, sans s'exposer à aucune aggravation, on obtiendra l'amélioration relative dont j'ai parlé, et, de loin en loin, on aura l'extrême satisfaction de rencontrer un de ces cas merveilleux de guérison rapide, qu'on ne saurait plus oublier quand on en a été une première fois le témoin, et qui suffiraient à eux seuls à faire considérer comme un véritable bienfait l'introduction des badigeonnages de gaïacol dans la thérapeutique.

REVUE DE GYNÉCOLOGIE

Des hémorrhagies intrapéritonéales et de l'hématocèle pelvienne considérées particulièrement dans leurs rapports avec la grossesse tubaire. Pathogénie et traitement, par C. CESTAN. Th. Paris, 1894.

M. Cestan vient d'écrire un bon travail sur les hémorrhagies intrapéritonéales et sur l'hématocèle pelvienne, considérées particulièrement dans leurs rapports avec la grossesse tubaire.

L'auteur passe rapidement en revue les différentes hypothèses qui ont été émises pour expliquer l'hématocèle pelvienne. La pachy-pelvi-péritonite hémorrhagique, l'hémorrhagie de l'ovaire, les ruptures veineuses du plexus utéro-ovarien ne peuvent être invoquées que dans des cas exceptionnels et dans certaines conditions déterminées. La source de beaucoup la plus commune est dans la rupture ou l'avortement d'une grossesse tubaire, 99 fois sur 100 d'après Veit et Tweifel. En pratique, on doit toujours penser à une grossesse ectopique. Cette notion, introduite dans la science par Lawson Tait, et acceptée par la grande majorité des gynécologistes allemands, n'a pas encore conquis l'adhésion de la grande masse des médecins et des chirurgiens français.

Et c'est un grand malheur. On passe trop souvent à côté du diagnostic et on laisse mourir des jeunes malades qui auraient pu être sauvées par une prompte intervention.

L'exemple récent de la femme d'un confrère est trop présent à mon esprit pour qu'il me soit possible de ne pas insister sur ce point de pratique si important. Cestan formule ainsi les indications opératoires : à l'hémorrhagie diffuse, sans tendance à la stase, il faut opposer la laparotomie d'urgence, aussitôt qu'elle est reconnue.

L'état syncopal de la malade nécessitera parfois certaines précautions pré-opératoires. L'injection dans le tissu cellulaire d'eau salée, jusqu'au relèvement du pouls, paraît devoir à l'avenir donner les meilleurs résultats. Le ventre ouvert, on ira immédiatement du côté lésé atteindre le ligament large à sa base : on enlèvera les annexes malades, des deux côtés s'il le faut, et on drainera le plus souvent.

Voici la statistique publiée par l'auteur : 249 cas de rupture avec signes graves immédiats ou secondaires. Non-intervention : 76. Résultats : 66 morts, soit 85.8 pour 100 et 11 guérisons spontanées, soit 14.2 pour 100. Laparotomie : 169 cas. Résultats : 134 guérisons, soit 78.7 pour 100 et 35 morts, soit 21.3 pour 100.

En analysant ces interventions et celles de Binaud, Cestan trouve 79.1 pour 100 de survie pour les opérations d'urgence ; 82 pour 100 pour les opérations rapides ; 90.5 pour 100 pour les opérations retardées ; 82.2 pour 100 pour les opérations tardives.

Ces chiffres paraissent décisifs, ajoute l'auteur avec raison.

Si l'épanchement est enkysté il n'y a pas lieu d'opérer immédiatement. L'incision du cul-de-sac postérieur est l'intervention de choix qu'on devra appliquer au moment opportun. Cestan pense que, même dans ce cas, on ne doit faire l'hystérectomie vaginale qu'exceptionnellement, quand l'élytrotomie simple ne peut suffire.

Telles sont les conclusions résumées de notre collègue. Elles peuvent être adoptées à peu près sans aucune modification.

Il faut se défier de l'hystérectomie vaginale dans le traitement des grossesses ectopiques rompues depuis un certain temps. J'ai vu mourir une femme d'hémorrhagie dans ces conditions. L'hémostase avait été très bien faite le long des ligaments larges, mais le sang provenait de la poche salpingienne qui avait été déchirée dans les manœuvres infructueuses de décortication.

En face d'une hémorrhagie interne due à la rupture d'une grossesse tubaire et qui menace la vie de la malade, le chirurgien doit obéir à une indication urgente : arrêter l'hémorrhagie. Il ouvrira donc le ventre, ne serait-ce que pour mettre une pince sur le vaisseau qui saigne.

Quand l'intervention ne s'impose pas d'urgence, le chirurgien ne doit pas quitter la malade. Il se préparera, à la moindre alerte, à prendre le histouri pour tarir la source d'une hémorrhagie qui n'a que trop peu de tendance à s'arrêter spontanément.

Avec une rare modestie, Cestan considère son mémoire comme une œuvre de vulgarisation. Puisse son travail avoir un réel retentissement dans le public médical ! On ne saurait trop louer notre collègue d'avoir contribué à porter quelques coups sensibles aux vieilles théories, aux doctrines surannées et aux antiques traditions d'un traitement contemplatif parfois stupide.

R. PICHEVIN.

De l'extirpation du vagin, par M. R. Olshausen. (*Centr.-Bl. f. Gynækol.*, 5 janv. 1895.)

C'est surtout dans les cas de carcinôme primitif du vagin qu'il devient nécessaire d'ênlever une portion plus ou moins étendue de ce conduit. Le néoplasme en occupe habituellement la paroi postérieure. Ainsi, sur les 18 cas de cancer primitif qui ont été observés à la Clinique de Berlin, de 1866 à 1892, 13 fois la paroi postérieure était intéressée. De là, la tumeur peut envahir la portion cervicale de l'utérus, les parois latérales du vagin et, parfois même, une plus ou moins grande étendue de la paroi vésico-vaginale.

Ce sont ces cas de carcinôme localisé, et non ceux dans lesquels le conduit vaginal est envahi dans toute sa circonférence, qui réclament l'extirpation plus ou moins étendue du vagin. Lorsque le col est lésé, il faut extirper l'utérus dans sa totalité. Habituellement, on procède à cette extirpation comme dans les cas de simple hystérectomie vaginale, ce qui présente certaines difficultés et quelques inconvénients, car il est souvent difficile de se frayer un passage à travers les masses cancéreuses du vagin et, comme les instruments et les doigts se trouvent constamment en contact avec le néoplasme, l'inoculation sera probable, et le résultat définitif pourra se trouver compromis.

Pour parer à ces inconvénients, M. Olsbausen a fait, en 1889, l'ablation d'un carcinôme du vagin par un procédé opératoire tout différent de celui auquel on a ordinairement recours; il a eu, depuis lors, l'occasion de pratiquer deux fois la même opération, en septembre 1890 et en octobre 1894. Dans le dernier cas, il a extirpé les trois quarts du vagin, ainsi que l'utérus, dont le col était compris dans la tumeur, et dans les deux premiers il a enlevé environ les deux tiers du conduit vaginal.

Son procédé opératoire consiste à inciser transversalement le périnée et à séparer le rectum du vagin à l'aide d'un instrument mousse jusqu'à la hauteur du cul-de-sac de Douglas; si cette dissection présente quelques difficultés il faut la contrôler constamment par le rectum. Dans les cas où l'utérus doit être enlevé, on incise le Douglas, on renverse l'utérus en arrière et on commence à placer les ligatures sur les ligaments jusqu'à la hauteur du col, après quoi l'on ouvre le vagin et on excise la partie carcinomateuse à l'aide des ciseaux; on termine l'opération en détachant l'utérus de la vessie et en plaçant les dernières ligatures latérales.

La première partie de l'opération reste la même dans les cas où il n'est pas nécessaire d'extirper l'utérus: après décollement du rectum et du vagin, on n'ouvre pas le Douglas, mais on détache les parties latérales du canal vaginal, de sorte que toute la partie malade se trouve séparée des parties profondes sur lesquelles elle repose, on incise largement le vagin à l'endroit le plus propice et on enlève ensuite facilement toutes les parties atteintes à l'aide des ciseaux, en se tenant toujours à environ 2 centimètres des tissus cancéreux.

Dans les cas d'étroitesse du vagin ou lorsque les masses carcinomateuses sont volumineuses, cette dernière partie de l'opération se trouvera considérablement facilitée par l'incision du périnée sur la ligne médiane jusqu'au niveau de la tumeur, suivie d'écartement à gauche et à droite des deux lambeaux ainsi formés et de l'extirpation de toutes les parties lésées. Cette manière de procéder donne beaucoup de jour et rend plus aisée l'ablation de toute la région atteinte par le néoplasme. Quant aux résultats définitifs obtenus par ce mode d'intervention, il est difficile d'en juger pour le moment.

On sait avec quelle facilité le carcinôme du vagin récidive; la plupart du temps, cette récidive se produit très rapidement après l'opération. Sur 16 cas opérés à la Clinique de Berlin, la récidive eut lieu 15 fois: seule la dernière malade resta deux ans après l'opération sans voir survenir de récidive.

Il est difficile de savoir à quoi est due cette gravité toute particulière du cancer du vagin; peut-être l'intime adhésion de la paroi vaginale au tissu conjonctif pelvien sous jacent ou la facilité d'inoculation des tissus périvaginaux largement ouverts pendant l'opération jouent-elles un certain rôle dans cette tendance à la récidive.

La question reste pendante; mais il n'est pas impossible qu'un nouveau procédé opératoire, mettant encore mieux à l'abri des inoculations, puisse donner des résultats meilleurs que ceux que l'on a obtenus jusqu'à présent. C'est pour cette raison que l'auteur recommande sa méthode dans les cas de carcinômes étendus de la paroi vaginale postérieure.

Les observations détaillées des trois malades ainsi opérées par M. Olshausen complètent ce travail. Dans les deux derniers cas, le vagin a été reconstitué, et quoique ses parois fussent constituées dans leur plus grande étendue par du tissu conjonctif cicatriciel, elles laissaient facilement passer le doigt, et elles étaient si solides et si parfaitement lisses que l'on n'aurait jamais soupçonné qu'il s'agissait d'un conduit en partie artificiel et de nouvelle formation.

(*Semaine Médicale.*)

CHIRURGIE DES MEMBRES

Leçons cliniques de chirurgie orthopédique, par le Dr Phocas. (Paris, 1895, librairie J.-B. Baillière.)

Le Dr Phocas vient de réunir, dans son nouvel ouvrage, ses diverses études originales sur la chirurgie orthopédique.

Ce livre passe en revue presque toutes les grandes questions de chirurgie orthopédique, l'auteur donnant presque toujours sa note personnelle et ses intéressantes observations cliniques.

Nous recommandons tout particulièrement la lecture des chapitres traitant du torticolis, des déformations thoraciques dues à l'hypertrophie des amygdales, du genu valgum, du traitement du pied bot.

L'œuvre de notre confrère vulgarise et facilite l'étude de l'orthopédie et sera très utile non seulement aux spécialistes, mais encore aux élèves et aux praticiens.

Le Massage (Manuel théorique et pratique), par le Dr G. Berne. (Paris, Rueff et Ce, éditeurs.)

Le Dr Berne donne dans son remarquable ouvrage l'exposé très complet des applications et des ressources de la massothérapie.

Après un chapitre de physiologie sur les effets du massage et les réactions qu'il peut produire dans l'organisme, l'auteur indique en détail la technique opératoire et son application en chirurgie et dans les diverses maladies locales ou générales, les applications du massage à l'orthopédie, dans les maladies du nez, du larynx, du pharynx et des organes génito-urinaires.

De nombreuses figures, la plupart inédites, facilitent la description des procédés de massage, exposés, du reste. avec une grande clarté.

Les recherches et les procédés personnels de l'auteur, principalement dans le traitement des entorses, des lésions articulaires, de la sciatique, etc., constituent la partie originale et intéressante de ce livre.

La nouvelle œuvre sur le massage du Dr Berne est indis-

pensable, non seulement aux spécialistes et aux chirurgiens, mais encore aux praticiens qui ont de nombreuses occasions d'appliquer cette précieuse méthode de traitement.

Essai clinique sur la claudication intermittente consécutive à l'artérite syphilitique des membres inférieurs, par J.-J. Levet. (Thèse de Paris, 1894, n° 80.)

S'appuyant sur quelques observations de claudication intermittente chez des sujets syphilitiques, l'auteur admet que ce symptôme est sous la dépendance de la syphilis et est souvent le signe avant-coureur d'une gangrène prochaine.

Au début de la claudication, il existe des douleurs très vives, plus tard des douleurs spontanées à exacerbations nocturnes.

Les circonstances étiologiques rappellent d'une façon particulière celles de la sypbilis cérébrale comme date d'apparition, bénignité apparente au début de l'infection et absence de traitement spécifique à l'origine.

Le diagnostic étiologique ne peut se faire que par exclusion.

Le traitement doit s'adresser à la fois à la diathèse et au syndrôme et doit être commencé le plus tôt possible.

Traitement des maladies par la gymnastique suédoise, par T. J. Hartelius, traduit en français par E. Fick et Ch. Vuillemin. (Paris, 1895, Société d'Editions scientifiques.)

Le livre du professeur Hartelius, classique en Suède, comprend deux parties : la première traite des attitudes ou positions de départ préliminaires et des mouvements proprement dits : elle constitue la partie essentielle technique de l'ouvrage. La seconde partie, application de la première comme méthode thérapeutique, indique les maladies justiciables de la gymnastique.

On doit savoir gré aux traducteurs de nous avoir présenté d'une façon claire et précise, cet intéressant ouvrage, en indiquant les pratiques de la gymnastique suédoise et les précieuses ressources de la cinésithérapie.

Coxalgie tuberculeuse et son traitement, par le Dr V. Ménard, chirurgien de l'hôpital de Berck. (Bibliothèque médicale Charcot-Debove, Rueff, éditeur.)

Après un court historique et la définition de la coxalgie tuberculeuse (coxo-tuberculose de Lannelongue), l'auteur décrit en détail les lésions anatomiques des os et de la synoviale, les divers modes d'envahissement de l'articulation, les lésions tuberculeuses proprement dites et l'ulcération *compressive*, l'atrophie à distance du fémur, les diverses variétés d'abcès et les luxations fémorales.

L'étiologie, la symptomatologie, le diagnostic sont indiqués d'une façon claire et pratique.

La partie la plus importante de cette monographie a trait au traitement. Le Dr Ménard insiste avec raison sur les bienfaits de l'immobilisation et de l'extension continue avec divers appareils. Il donne les indications et les résultats du traitement par le redressement brusque. Il indique les bons résultats des injections iodoformées ou naphtolées dans les abcès froids et conseille la résection atypique dans les cas anciens, compliqués de fistules.

La désarticulation, la réduction des luxations anciennes, l'ostéotomie sont succinctement étudiées. Les appareils à traction continue permettant la marche, si utiles à la période de convalescence de la maladie, sont à peine indiqués.

Les indications du traitement général, du séjour au bord de la mer sont judicieusement données.

De nombreuses figures complètent le texte de cet excellent ouvrage essentiellement clinique et pratique.

P. Redard.

REVUE D'HYGIÈNE

Procédé de stérilisation et de régénération à froid des bougies Chamberland et des cruches par l'action des hypochlorites et de l'acide chlorhydrique, par MM. Couton et Gasser. (In *Revue d'Hygiène et de Police sanitaire*, n° 4, 1895.)

Le bisulfite de soude régénère sans stériliser et le permanganate de potasse stérilise sans régénérer. Le procédé de nettoyage et de stérilisation chimiques que préconisent les auteurs a pour objectif de réunir en une seule les deux opérations de la stérilisation et de la régénération des filtres Chamberland.

Les substances à employer sont extrêmement faciles à se procurer et coûtent fort peu. On se sert : 1° de chlorure de chaux délayé dans à peu près cinq fois son poids d'eau, de liqueur de Labarraque ou d'eau de javelle étendue de deux volumes d'eau ; 2° d'acide chlorhydrique ordinaire étendu de cinq volumes d'eau environ.

Les bougies retirées de leur armature ou des appareils qui les renferment sont mises à égoutter durant quinze minutes. On les plonge ensuite dans la solution n° 1, de telle sorte qu'elles soient non seulement immergées en totalité, mais que le liquide remplisse leur cavité intérieure. On les retire du bain d'hypochlorite pour les plonger dans la solution chlorhydrique où on les laisse encore un quart d'heure. Finalement, on vide les bougies de leur contenu et on les passe à l'eau bouillie.

Pour nettoyer les cruches, il suffit de les badigeonner avec la solution chlorurée et, après un quart d'heure de contact, de les badigeonner à nouveau avec la solution d'acide chlorhydrique. On rince enfin à plusieurs reprises avec de l'eau bouillie.

L'expérimentation bactériologique a démontré qu'après un pareil traitement les bougies sont complètement stérilisées et redevenues perméables.

Les eaux potables de la ville de Toulouse au point de vue bactériologique et sanitaire, par M. Guiraud. (In *Annales d'Hygiène et de Police sanitaire*, n° 11, 1894.)

Travail intéressant que l'auteur résume dans les conclusions ci-après :

1° Les eaux potables de Toulouse, telles qu'elles ont été fournies à l'origine, eau de Garonne filtrée à travers un lit de sable et de cailloux, peuvent être rangées parmi les eaux de bonne qualité au point de vue de leur composition bactériologique;

2° Les procédés habituels y révèlent d'une façon constante depuis 1892, époque où les recherches ont commencé, la présence d'un microbe ayant tous les caractères et toutes les réactions du « bacterium coli commune »;

3° Cette contamination est due selon toute vraisemblance au mélange dans une des galeries de la prairie de l'eau de la nappe souterraine souillée par des matières fécales pendant son passage à travers le quartier Saint-Cyprien à l'eau provenant du fleuve;

4° Cette infection des eaux potables ne semble pas avoir exercé une influence permanente bien manifeste sur la fréquence et la gravité de la fièvre typhoïde dans la ville.

Le taux de la mortalité par cette maladie est à peu près égal à celui des autres villes de France, ainsi que la morbidité de la garnison comparée à celle de l'armée entière;

5° Une grave épidémie de fièvre typhoïde a bien coïncidé avec l'époque présumée de cette contamination, mais la maladie était alors si généralisée en France et tant de causes ont contribué à faire naître l'épidémie qu'il est impossible de faire la part de cette cause locale;

6° Nonobstant l'usage d'une eau souillée par des matières fécales, la fièvre typhoïde est à Toulouse, comme dans plusieurs autres villes de France, d'ailleurs, en voie de décroissance notable, depuis 1892 en particulier. Les conditions sanitaires de Toulouse étant sensiblement les mêmes que celles des périodes précédentes, on ne peut guère faire honneur aux progrès de l'hygiène de cette amélioration et on ne peut la considérer que comme la conséquence de l'évolution multi-annuelle normale bien connue des épidémiologistes.

L'hygiène des expéditions coloniales, par M. PROUST. (In *Progrès médical*, n° 20, 1895.)

A l'occasion de l'expédition de Madagascar, M. Proust a consacré une leçon de son cours à l'étude de l'hygiène des expéditions coloniales.

Rappelant l'expédition d'Abyssinie, en 1867, où la question militaire avait été absolument secondaire, puisque durant toute la campagne il n'y eut que dix blessés dont un officier, l'expédition contre les Achantis, en 1874, qui fut une guerre d'ingénieurs et de médecins, l'expédition du Dahomey où chaque homme prenait le matin, avant la mise en marche, dix centigrammes de sulfate de quinine et trente si la journée devait être fatigante, M. Proust, se basant sur la topographie de Madagascar, montre que l'île doit être abordée par la partie occidentale relativement plate et sablonneuse que l'époque la plus favorable est le commencement d'avril, qu'on ne doit utiliser que des hommes robustes et ayant une certaine ancienneté de service.

Après être entré dans certains détails au sujet de la rapidité avec laquelle l'expédition devra être conduite, sur les sanatoria à installer, M. Proust déclare que, parmi les maladies qu'on aura surtout à redouter, viendra en première ligne l'impaludisme. En dehors du choix des campements, dit-il, du séjour sur le littoral réduit au minimum, le seul moyen prophylactique est l'administration de doses préventives de quinine. Au lieu de doses minimes et quotidiennes, des doses de 50 centigrammes tous les trois ou quatre jours sont à préférer.

On observerait encore, à Madagascar, la filaire du sang qui paraît être cause de l'éléphantiasis, l'hématurie due à la bilharzia hœmatobia, le beriberi. La dysenterie épargnerait d'ordinaire les européens. En tous cas, le décès récent du colonel Gillon tend à prouver que cette maladie est à redouter.

Les règles prophylactiques à observer visent l'habitation, le vêtement, les exercices, les marches, l'alimentation, l'alcool qui est un péril permanent, l'eau enfin. L'eau, à Madagascar, est presque partout mauvaise. Pendant la période des marches, dit M. Proust, toute filtration sérieuse est impossible. Quand l'eau sera trouble elle devra être d'abord clarifiée à l'aide de filtres à l'amiante ou au charbon, mais cette limpidité est trompeuse et perfide: l'eau est débarrassée des matières grossières qu'elle tient en suspension, nullement des germes qui engendrent les maladies. Cette eau clarifiée devra toujours être bouillie sous forme d'infusion de thé ou surtout de café qu'on peut boire refroidie. Aucun filtre rapide ne peut, en pareil cas, donner la moindre sécurité. Dans les stations temporaires ou définitives, la clarification peut être obtenue à l'aide de petites doses d'alun; au bout de 12 heures de repos, la décantation donne une eau limpide, mais non stérilisée; l'ébullition est nécessaire. La stérilisation ne peut être obtenue qu'à l'aide de bougies de porcelaine sous forme de nettoyeurs André de petit modèle. La campagne récente du Dahomey a montré les services que ces appareils peuvent rendre même dans des régions inexplorées et difficiles. A défaut, la stérilisation de l'eau par l'addition de dix centigrammes de permanganate de potasse par litre, suivie de la filtration à travers un filtre garni d'amiante ou de charbon, peut être essayée.

Quelques mots sur l'acclimatement au Congo, par M. DUPONT. (In *Archives médicales belges*, février 1895.)

L'auteur étudie l'Etat indépendant du Congo au point de vue géographique, hydrographique, météorologique, nosologique. En terminant il pose la question ci-après: La race blanche peut-elle s'acclimater et se propager au Congo?

Répondre soit affirmativement, soit négativement, dit-il, serait préjuger de l'avenir. L'expérimentation n'a pu encore nous renseigner, l'observation n'a pas dit son dernier mot.

Des faits nombreux pourraient cependant faire trancher la question dans le sens affirmatif. La femme blanche résiste au Congo aussi bien que l'homme dès que, comme lui, elle se trouve placée dans des conditions hygiéniques favorables, entourée de confort. Jusqu'ici les religieuses catholiques, qui se rendent de plus en plus nombreuses au Congo et dont certaines se sont avancées jusqu'au centre de l'Afrique, n'ont pas fourni trop de déchets. Les nombreuses missionnaires protestantes, mariées ou célibataires, qui habitent le Congo, résistent également fort bien aux influences climatériques. Des femmes d'officiers, de fonctionnaires, d'employés de commerce, vivent sur le territoire congolais présentant les attributs d'une excellente santé; certaines de ces femmes ont donné le jour à des enfants bien constitués et se développant admirablement. Ces faits autorisent à avancer que très probablement la race blanche pourrait se développer sur le territoire de l'Etat indépendant.

De la fausse vaccine et du critérium de la vaccination réussie, par M. BERTHIER. (In *Revue d'Hygiène et de Police sanitaire*, n° 4, 1895.)

L'auteur est arrivé au résultat signalé il y a quelques mois par M. Hervieux. C'est que la fausse vaccine, mieux dénommée vaccinoïde, confère l'immunité vaccinale. Elle s'observe chez les revaccinés qui ont recouvré seulement une réceptivité faible à l'égard de la vaccine. La croûte vaccinale, correspondant à une phase anatomique des diverses éruptions vaccinales, pourrait être acceptée comme un critérium de la vaccine efficace.

Les secours publics à Paris (Communication à la Société française d'Hygiène), par M. RÉGNIER. (In *Journal d'Hygiène*, février 1895.)

Comme conclusion à son travail, M. Régnier dit:

Il faudrait la centralisation à une seule administration du service des secours publics;

La fondation d'un certain nombre de postes de prompt secours, surtout dans les endroits où les accidents sont le plus fréquents et qui sont les plus éloignés des hôpitaux: ces postes comprenant une table d'opération, deux lits, un personnel instruit des premiers soins à donner, des téléphones, des médecins et chirurgiens de garde;

L'adjonction aux postes d'avertissement d'incendie d'un bouton avertisseur pour les accidents et la multiplication de ces postes;

L'instruction technique des premiers secours donnée à tous les gardiens de la paix des postes de police, commissariats et mairies, ou tout au moins à certains d'entre eux, qui seraient alors choisis de préférence pour relever et transporter les blessés.

Hygiène de la peau dans la première enfance (Communication à la Société française d'Hygiène), par Mme Pokitonoff. (In *Journal d'Hygiène*, mai 1895.)

L'auteur se résume dans les propositions ci-après:

Considérer les soins de la peau dans la première enfance, comme une question de la plus grande importance et ne les confier qu'aux personnes initiées déjà aux secrets de la science;

Prendre beaucoup plus de précautions pour éviter les pertes inutiles de calorique, très dangereuses pour le nouveau-né;

Veiller surtout à empêcher les croûtes sur la tête par des soins tout particuliers : dans ce cas, les frictions journalières avec un corps gras chaud stérilisé ramollissent les croûtes et amènent leur chute; parmi ces substances, la meilleure paraît être l'huile d'olive chauffée et stérilisée;

Faire pratiquer l'inspection du nouveau-né avec beaucoup plus d'attention et la confier à une personne compétente pour ne pas laisser passer inaperçues des lésions minimes qui aboutissent à ces difformités cutanées si fréquemment rencontrées;

Ne pas désarmer lorsqu'il s'agit de lésions cutanées sur un terrain d'hérédité scrofuleuse, arthritique, nerveuse ou autre, c'est-à-dire agir en conséquence suivant la cause et lutter à la fois contre la diathèse et contre la manifestation morbide cutanée;

Surveiller d'une manière préventive le mode d'alimentation, en raison du lien étiologique très étroit existant entre les troubles nutritifs et les dermatoses;

Enfin, ne pas incriminer exclusivement le parasitisme, car si la découverte des microorganismes a été grande, elle a amené avec elle un certain fatalisme qui est le pire ennemi de toute intervention médicale.

Les barbiers et coiffeurs au point de vue de l'hygiène, par M. Blaise. (In *Annales d'Hygiène publique et de Médecine légale*, n° 3, septembre 1894.)

En dehors de l'armée, où elle est l'objet d'une grande sollicitude de la part du corps médical, l'hygiène de la coiffure a encore fait peu de progrès dans notre pays. Et cependant tous les dermatologistes et les hygiénistes sont d'accord pour reconnaître que certaines maladies pédiculaires et microbiennes sont quelquefois transmises par les instruments des barbiers et coiffeurs.

Pour ce motif, M. Blaise voudrait que la désinfection des instruments des barbiers et coiffeurs s'imposât au même titre que celle des instruments des chirurgiens. Cette pratique de la désinfection par ces artistes, dit-il, en même temps qu'elle donnera à leur humble, mais utile profession, un peu plus de prestige, les mettra à l'abri des poursuites judiciaires dont ils pourraient être l'objet en cas d'infection ou de contagion de leurs clients de par leur responsabilité civile. En ce qui concerne le public ce sera une nouvelle servitude pour lui. Les progrès de la science et de la civilisation nous en imposent chaque jour de nouvelles, mais ces servitudes nouvelles sont tout aussi aisées à subir et aussi justifiées que les règles de la politesse dans les sociétés civilisées.

Etude du corset au point de vue de l'hygiène du vêtement de la femme, par Mme Gaches-Sarraute. (In *Revue d'Hygiène et de Police Sanitaire*, n° 5, 1895.)

D'une étude sur le corset, Mme Gaches-Sarraute conclut:

Le corset ne doit pas monter trop haut de façon à ménager à l'estomac une place libre dans l'épigastre;

Son bord supérieur sera tenu un peu lâche pour permettre le mouvement aisé des côtes;

En arrière, il adoptera la cambrure de la taille afin de ne pas gêner le redressement du corps;

En avant, il ne doit pas présenter de partie rétrécie au niveau de l'épigastre, de façon à ne pas couper, en quelque sorte, la cavité abdominale et à ne déplacer aucun viscère;

Enfin, il descendra jusqu'au pubis et s'appliquera à la paroi abdominale assez intimement pour tenir lieu de ceinture et présenter ainsi aux viscères abdominaux un point d'appui suffisant, soit à l'état de repos, soit dans les efforts que nécessitent les exercices violents.

Muni du plus petit nombre de baleines possibles il se transformera en un maillot plutôt qu'en une cuirasse.

Mme Gaches-Sarraute a fait l'expérience de ce corset; à son instigation, elle a été répétée par d'autres et elle peut affirmer que si les femmes veulent bien sacrifier quelques centimètres de leur taille il leur sera facile de s'affranchir de toutes les misères qu'elles doivent au corset.

De l'allaitement artificiel, par M. Laskine. (In *Gazette des Hôpitaux*, n° 12, 1895.)

Comme conclusion à son étude, l'auteur dit:

On ne soumettra le nouveau-né à une alimentation artificielle que dans le cas où ce sera absolument nécessaire. Quel que soit le peu de lait que l'enfant puise au sein maternel il ne faut pas négliger cette quantité. Il n'est pas rare que la sécrétion s'établisse plus abondante dans la suite.

Si l'on est acculé à la nécessité de l'allaitement artificiel, il faudra donner du lait stérilisé, qui permet d'avoir un peu plus de sécurité au point de vue de la pureté du lait.

La stérilisation ne doit viser que la provision du jour. Le lait stérilisé devra être donné coupé et non pur. Le coupage sera fait surtout d'après la tolérance et l'estomac de l'enfant.

Avant de donner le lait il faut s'assurer que la stérilisation a été bien faite, que les plaques de caoutchouc oblitérant l'ouverture des bouteilles sont déprimées à leur centre et qu'elles adhèrent intimement au fond du goulot de la bouteille. On ne devra faire sauter cette rondelle de caoutchouc qu'au moment même du repas du nourrisson.

Il faut goûter le lait pour s'assurer de sa qualité et de sa température et ne jamais employer le lait d'une bouteille déjà entamée, et qui est restée débouchée un certain temps, pas plus que celui contenu dans une bouteille mal fermée.

Le surmenage et la fièvre typhoïde : microbisme latent, réceptivité, immunité, surmenage dans l'armée, doctrine hydrique, par M. Renard. (*In Annales d'Hygiène et de Médecine légale*, mai 1895.)

D'après l'auteur, la notion du microbisme latent qu'on veut faire intervenir pour expliquer le surmenage dans la genèse de la fièvre typhoïde ne conduit à rien d'utile ni de pratique; tout au contraire, elle risque de faire perdre de vue les dangers de la véritable infection de celle qui vient de l'air ou de l'eau. S'il convient de ne jamais augmenter la réceptivité organique par des fatigues exagérées, il faut avant tout supprimer le microbe qui peut être apporté.

La révélation de l'origine hydrique de la fièvre typhoïde, seule idée lumineuse d'après M. Renard, a marqué en hygiène un progrès considérable et a produit des résultats

inespérés; les pays, les villes, qui ont appliqué résolument les principes qui en découlent, épargnent chaque année des milliers d'existences humaines. Le service de santé de l'armée qui a engagé des dépenses considérables pour l'adduction d'eau de source, pour l'installation de filtres dans les casernes, est payé largement des sacrifices qu'il s'est imposés par la diminution progressive de la fièvre typhoïde.

Ce grand principe, continue M. Renard, ne doit pas être voilé par des conceptions étrangères : il doit rester comme un phare éclairant au loin et dominant tout.

Ch. Amat.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 septembre.

Prophylaxie des accidents paludiques dans les colonies.

M. H. Henrot (de Reims). — Les fièvres palustres font succomber aux colonies beaucoup de nos soldats et la question de la prophylaxie du paludisme me semble devoir être portée aujourd'hui plus que jamais devant l'Académie.

En partant de ce principe que le germe des fièvres palustres entre dans l'économie par les voies respiratoires, il suffirait, selon moi, d'empêcher l'hématozoaire, décrit par M. Laveran, de pénétrer dans le poumon pour prévenir les complications dangereuses occasionnées par lui. Encore le poumon n'est-il pas la seule porte d'entrée de l'agent paludique? Peut-être est-il permis d'incriminer aussi la muqueuse digestive. De ce côté, il serait facile de se protéger, en faisant bouillir l'eau qui sert à l'alimentation et en la faisant filtrer sur du coton.

Tandis qu'il est beaucoup plus difficile de se prémunir contre l'introduction des miasmes morbigènes par le poumon où ils peuvent entrer à chaque instant. S'ensuit-il que toute tentative contre leur entrée dans le poumon doive demeurer stérile?

Or, M. Pasteur a démontré que non, mais que l'on pouvait réussir en se couvrant la figure d'un masque en toile métallique doublé de coton, de manière à éviter la pénétration des germes à travers la bouche et les fosses nasales.

En outre, nous savons depuis déjà longtemps que la quinine est un excellent contre-poison du paludisme. On peut, en la donnant à titre préventif quand on arrive dans la zône infectée, en la donnant à titre curatif et à doses massives quand les accidents se sont produits, couper court, presque d'une façon certaine, aux accès les plus dangereux de la fièvre pernicieuse.

A mon avis, cependant, il est plus sûr de combattre l'intoxication palustre en s'opposant à l'entrée des germes dans les voies pulmonaires qu'en usant du contre-poison.

En somme, il faudrait, dans ces conditions, faire porter à nos soldats un masque analogue à celui que j'ai proposé en 1874 comme moyen de protection contre l'infection par les voies respiratoires. C'est un petit appareil qui force l'air inspiré à traverser une couche de coton antiseptique et permet facilement la sortie par les fosses nasales de l'air de l'expiration.

En concluant, je demande à l'Académie que l'étude des moyens à employer contre l'infection paludéenne dans nos colonies soit mise à l'ordre du jour dans l'une de ses prochaines séances. On pourrait l'aborder par deux points de vue : *a)* quelles sont les conditions d'âge, de résistance, d'acclimatement que les soldats devraient présenter avant d'être envoyés aux colonies? *b)* quels sont les appareils les mieux conditionnés pour empêcher la pénétration des germes morbides dans les voies respiratoires ?

M. Laveran. — Il n'est nullement démontré que l'entrée du parasite du paludisme dans l'économie se fasse par les voies respiratoires. Doit-on véritablement, dans ces conditions, couvrir la figure de nos soldats d'un masque qui n'aurait peut-être pas son utilité et ne vaut-il pas mieux lutter contre le paludisme de nos colonies par les moyens que l'expérience a consacrés:

1° Eviter les zônes dangereuses surtout pendant la nuit;
2° Eviter de toucher le sol et le remuer le moins possible;
3° Soutenir les forces au moyen d'une alimentation substantielle et tonique ;
4° Filtrer les eaux de boisson ;
5° Donner la quinine à titre préventif.

Nous savons que la quinine employée préventivement ne préserve pas sûrement du paludisme, mais nous savons que la quinine préserve sûrement contre les attaques d'accès pernicieux.

M. Vallin. — Sait-on combien le port d'un masque est gênant pour nos soldats? Déjà nos soldats ne veulent pas porter le moustiquaire. Ils rejetteront, de même, l'appareil quel qu'il soit qui, comme celui proposé par M. Henrot, obstruera plus ou moins les voies respiratoires.

M. Le Roy de Méricourt. — Comme M. Vallin, je rejette absolument l'emploi du masque par nos soldats. Il faut, en effet, tenir compte de la température élevée de nos colonies et de la gêne mécanique qui serait la conséquence du port du masque.

D'ailleurs, je ne pense pas que ce soit par les voies respiratoires que le germe paludique s'introduit dans l'économie.

Je ne suis pas davantage partisan de l'emploi de la quinine à titre préventif. A la longue la quinine irrite la muqueuse digestive et crée chez le soldat une accoutumance singulière au médicament; si bien que, quand on veut forcer la dose devant un accès de fièvre, la quinine devient absolument impuissante.

Enfin, je n'accorde aux moustiques aucune action dans la transmission de l'agent du paludisme.

M. Nocard. — Ces dernières paroles de M. Le Roy de Méricourt m'obligent à rappeler qu'il existe sur le bétail une maladie qui est propagée par une variété de tique. Il s'agit ici de la fièvre du Texas. Les tiques en question sucent le sang d'un animal malade et transmettent ensuite la maladie aux animaux sains en les piquant. Rien ne nous dit que la même chose ne se produit pas dans la transmission de la fièvre palustre.

M. Lancereaux. — Nous ne devons donner la quinine que comme agent curateur et non comme agent préventif, comme nous faisons pour le mercure dans la syphilis.

Personnellement, je suis d'avis que c'est par les voies digestives que l'agent paludique vient intoxiquer l'économie et je crois que l'eau lui sert de principal véhicule.

Je suis d'autant plus enclin à cette opinion que je puis citer un fait. Un explorateur, dont le nom me fuit, a pu préserver tout son entourage des atteintes du paludisme en lui faisant boire de l'eau de provenance étrangère, dont il avait eu soin de se prémunir, et en rejetant tout usage interne de l'eau de provenance locale.

M. Hallopeau. — A ce compte-là, il faudrait mettre le paludisme sur le pied de la fièvre typhoïde et du choléra pour les agents desquels l'eau est certainement le véhicule. Or, cela n'est pas. Jamais les cours d'eau ni les rivières n'ont eu, sur la propagation du paludisme, une influence comparable à celle qu'ils ont pour les maladies précitées. A mon avis, enfin, les voies respiratoires seraient l'unique porte d'entrée du paludisme.

M. Worms. — La question n'est pas de savoir comment la quinine agit contre le paludisme, ni comme agent curateur, ni comme agent préventif. Actuellement, nous discutons surtout pour savoir si elle peut prémunir contre le paludisme.

Contrairement à l'opinion de MM. Le Roy de Méricourt et Lancereaux, je crois que la quinine a une action préventive très manifeste contre la fièvre palustre. J'en trouve la preuve dans ce fait que pas un médecin de Rome n'oublie d'en recommander l'usage aux touristes étrangers qui vont visiter la campagne romaine.

Les médecins militaires de l'Afrique prennent les mêmes précautions vis-à-vis de leurs hommes pour les préserver de la fièvre.

Enfin, l'usage de la quinine est à recommander pour ce seul fait qu'elle est un tonique du système nerveux et qu'à ce titre seul elle doit rendre les plus grands services chez des soldats épuisés par les fatigues d'une expédition lointaine.

M. Laveran. — Tout ce que nous savons, c'est que la quinine, en tuant l'hématozoaire qui en est la cause, guérit le paludisme. De très faibles doses de quinine sont pour cela nécessaires.

Cette action de la quinine est facile à concilier avec son usage à titre préventif. Dans l'armée, des faits de ce genre ont été plusieurs fois expérimentés. Les soldats prémunis contre la fièvre par la quinine ont été mieux préservés que ceux qui n'avaient pas pris de quinine. J. P.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 23 septembre.

Sur l'existence de la glycoeurie phloridzique chez les chiens ayant subi la section de la moelle.

M. R. Lépine. — Des chiens, dont on a antérieurement sectionné la partie inférieure de la moelle cervicale ou de la partie supérieure de la moelle dorsale et dont on extirpe ensuite le pancréas, ne présentent pas le phénomène de la glycosurie.

Le contraire se produit chez des chiens ainsi préparés si, au lieu de leur enlever le pancréas, on leur donne de la phloridzine.

Chez six chiens j'ai sectionné la moelle à différentes hauteurs, à partir de la cinquième cervicale ; puis, une demi-heure après, je leur ai fait ingérer par l'estomac, ou je leur ai injecté sous la peau, de 0 gr. 20 à 0 gr. 50 de phloridzine par kilogramme de poids du corps.

Chez tous ces chiens, la survie a été de plus de vingt-quatre heures et chez tous la glycosurie a débuté dans les quatre heures consécutives à l'administration de la substance.

Il m'a paru que la section de la moelle cervicale dans ces conditions diminuait la diurèse et que la quantité de glucose, éliminée dans les vingt-quatre premières heures, était moindre que chez des chiens n'ayant pas subi cette opération.

Autrefois, avec M. Barral, j'ai démontré que dans la glycosurie phloridzique, le pouvoir glycolitique du sang, contrairement à ce qui avait lieu dans le diabète pancréatique, était très énergique.

Il y a donc dans le fait que la glycosurie persiste chez des chiens soumis à l'administration phloridzinique, malgré la section de la moelle, une preuve nouvelle que la pathogénie du diabète pancréatique est totalement différente de la pathogénie du diabète par la phloridzine. J. P.

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

FACULTÉ DE PARIS

Par décret, le doyen de ladite Faculté est autorisé à accepter, au nom de cet établissement, aux clauses et conditions énoncées dans le testament, le legs fait par M. Ch.-J. Mautter, de la nuproprieté de l'actif net de sa fortune dont le revenu converti en rentes 3 0/0 sera employé, à dater du décès de l'usufruitier, à la fondation d'un prix annuel en faveur d'une femme-médecin, auteur d'un ouvrage sur les maladies des enfants.

FACULTÉS DE MÉDECINE

Bourses de doctorat.

L'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de doctorat en médecine aura lieu, au siège des Facultés de médecine et des Facultés de médecine et de pharmacie, le lundi 28 octobre 1895.

Le même jour aura lieu l'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de pharmacien de 1re classe, au siège des écoles supérieures de pharmacie et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie.

Examens.

Les droits à percevoir des élèves qui ont été ajournés à la suite de l'examen de fin d'année et des élèves admis à suivre, sans prendre les inscriptions réglementaires, les travaux pratiques organisés en vue de l'obtention du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, sont fixés à 90 fr. par an. Ces droits seront perçus par moitié au commencement de chaque semestre.

Pour étudier la médecine.

A l'avant-dernière session du conseil supérieur de l'instruction publique, MM. Bichat et Darboux avaient demandé qu'il fût remédié à l'insuffisance des connaissances mathématiques des élèves du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles et que le baccalauréat *lettres-mathématiques* pût donner accès à la carrière médicale dans les mêmes conditions que le baccalauréat *lettres-philosophie*.

La section permanente dudit conseil a examiné ce vœu et a fait, le 22 juillet 1895, un rapport dont voici les conclusions :

« Sur la première partie du vœu, la section permanente, considérant que si on s'est plaint souvent de l'insuffisance des connaissances mathématiques des étudiants en médecine, il s'agissait surtout de la pratique du calcul numérique et de la connaissance précise du système des poids et mesures, toutes choses élémentaires et dont on ne s'occupe pas dans les classes supérieures de mathématiques ;

» Considérant que, d'ailleurs, l'intention très nette du conseil supérieur est que le nouvel enseignement de la physique dans les Facultés des sciences prenne un caractère pratique, expérimental, plutôt que théorique et mathématique ;

» Considérant que l'équivalence proposée entre le baccalauréat lettres-philosophie et le baccalauréat lettres-mathématiques a déjà été soumise au conseil supérieur par voie d'amendement, au cours de la discussion sur l'organisation de l'enseignement médical et repoussée par lui ;

» Considérant qu'il semble imprudent de modifier d'une façon profonde un système d'études d'une organisation très délicate et qui n'a pas encore une année d'existence ;

» Considérant que, d'ailleurs, l'administration supérieure s'est réservé de donner, par voie de décision individuelle, entrée à la Faculté de médecine aux bacheliers ès lettres-mathématiques dont la valeur et la situation sembleraient justifier une exception ;

» Estime que l'administration rendrait service aux étudiants en médecine en créant en philosophie des conférences de mathématiques ou bien en perfectionnant celles qui existent déjà ; mais que, pour le surplus, le vœu ne peut être adopté. »

Le ministre de l'instruction publique a adopté cet avis.

Ajoutons que la section permanente a rejeté pour la seconde fois un autre vœu concernant l'équivalence des divers baccalauréats pour les études médicales ; elle dit dans son considérant unique « qu'elle a récemment exprimé l'avis que l'enseignement moderne était d'institution trop récente pour qu'il fût permis de se prononcer à ce sujet ». (*La Semaine Médicale.*)

ACTES OFFICIELS

Légion d'honneur.

Au grade d'officier : M. Guillemin, médecin principal de 2e classe.

Au grade de chevalier : MM. Sébille, médecin de 1re classe ; Donnezan, à Perpignan ; Parisot, au Thillot.

HOPITAUX DE PARIS

Service des consultations de médecine et de chirurgie dans les hôpitaux de Paris

Il reste à pourvoir à un certain nombre de places d'assistants, suppléants de consultation de médecine et de chirurgie.

MM. les docteurs en médecine pouvant justifier de 4 années d'internat dans les hôpitaux de Paris, qui désireraient obtenir un poste d'assistant de consultation suppléant de médecine ou de chirurgie, sont invités à adresser avant le 1er octobre prochain, dernier délai, leur demande à M. le directeur de l'administration générale de l'Assistance publique, en l'appuyant des titres et des références qu'ils pourraient avoir à produire.

VARIA

Honoraires des médecins.

M. F..., représentant de commerce à Paris, avait de 1883 à 1886, reçu les soins du docteur R..., qui lui avait fait payer un honoraire de 5 francs par chaque visite. En 1886, M. F... dut subir une grave opération et eut recours, à cet effet, à un médecin en renom lequel fixa ses honoraires à 2,000 fr. A la suite de cette opération, M. R... fit à M. F... 77 visites, pour lesquelles il réclama 770 francs soit 10 francs par visite. M. F... s'est refusé à payer cette somme, en invoquant la convention antérieure sur le prix de 5 francs, intervenue entre son médecin et lui, ajoutant que sa situation de fortune ne lui permettait pas de payer 10 francs pour une visite.

Le tribunal civil de la Seine a rendu le jugement suivant (7e chambre, février 1894) :

Attendu que, suivant exploit du 24 mai 1892, R... a assigné F... en paiement d'une somme de 1,665 francs pour soins médicaux ;

Attendu que sur cette réclamation, F... n'élève aucune contestation en ce qui concerne une somme de 895 francs ;

Attendu que la contestation porte seulement sur 77 visites comptees à 10 francs, que F... prétend ne devoir être payées que 5 francs comme les autres ;

Mais attendu que ces visites faites consécutivement à une opération grave, pratiquée par le docteur M..., ont nécessité de la part de R... des soins particuliers ;

Attendu qu'en tenant compte de la situation de F..., il y a lieu de fixer à 1,490 francs la somme totale par lui due à R... ;

Par ces motifs,

Condamne F... à payer à R... la somme de 1,490 francs, montant des causes sus-énoncées avec les intérêts de droit, et le condamne aux dépens.

Les miracles de Lourdes.

On lit dans la *Tribune médicale* du 25 septembre, sous la signature de M. V. Laborde :

Dans son « Petit-Bulletin », qui n'est petit que par la modestie du titre, mon très distingué collègue de la *Médecine moderne*, F. H., nous apprend qu'il a vu l'autre semaine un pèlerinage pour Lourdes, qu'il a assisté au départ et au retour de la caravane : « Quelle chose lamentable ! s'écrie-t-il, et combien triste cette réunion d'infortunés ! Au départ, cela pouvait encore passer ; les voyageurs, soutenus par cette idée qu'ils marchaient vers la fin de leurs maux, faisaient relativement bonne figure... Mais, au retour, quel effondrement ! Ce n'étaient plus que des loques misérables, qu'on extrayait péniblement de l'entassement des wagons. Tous ces pauvres visages émaciés, aux yeux ternes et fixes, ne semblaient plus refléter qu'un sentiment de lassitude incommensurable ; on sentait que tous ces malheureux n'aspiraient maintenant qu'au repos bienfaisant de leur lit, qu'on eût bien dû ne pas leur laisser quitter... »

Et après ce cri tout spontané, tout naturel et tout sincère du bon sens et du cœur, frappés et offensés dans ce qu'ils ont de plus humain, mon collègue, faisant appel à sa compétence de médecin, cherche à établir la part et le choix qu'il conviendrait tout au moins de faire dans les diverses maladies qui ne semblent plus attendre leur cure que du miracle, pour concilier les devoirs que commandent les sentiments humanitaires à l'égard des malades *in extremis* ou atteints d'affections qui, par leur nature même, défient le miracle le plus huppé, le plus invraisemblable, et que l'on soumet aux tortures et aux angoisses d'un voyages inimaginable en ses péripéties et ses fatigues accablantes — pour concilier, dis-je, ces devoirs avec le respect de la foi, c'est-à-dire de la croyance aveugle !

Mon collègue est bien bon de se donner cette peine de conciliation avec une chose qui ne mérite, selon nous, aucun respect ! Tandis que les sentiments humanitaires qui inspirent son exclamation justement indignée conservent et réclament tous leurs droits, qu'il est temps de leur accorder.

Ce que mon collègue a vu au départ et au retour, je l'ai vu, moi, en plein exercice, pour ainsi dire, sur le théâtre même de ces exploits dont le sinistre le dispute, malheureusement, au grotesque, précisément en raison de la cruelle exhibition de ces victimes inconscientes, que l'on expose, sans pudeur et sans pitié, à venir pousser leur dernier râle et à hâter leur agonie, véritables squelettes encore vivants, au milieu d'une foule excitée et fanatisée par les meneurs intéressés, en soutane, en froc, en cornette, et aussi en jaquette, car le séculier prête ici au ministre enjuponné de la foi, prêtre, moine ou desservant, une main active et puissante dans la mise en scène et la préparation du miracle, ne fût-ce que sous les apparences et les insignes du modeste et dévoué brancardier.

Pas plus, et moins encore que mon excellent collègue de la *Médecine moderne*, je n'ai l'intention d'entamer une discussion sur ces mystères de la duperie et de la bêtise humaines, depuis longtemps démasqués par la raison et par la science, et qui ne tiendraient pas un instant debout, même devant le simple bon sens, s'il n'était oblitéré par les obscurités de l'ignorance et de la superstition soigneusement entretenues dans les esprits prédisposés.

Je n'essaierai pas même d'apprécier, comme elle le mériterait — ce serait leur faire trop d'honneur — l'intervention cynique des faux confrères qui, mentant aux devoirs les plus sacrés de la profession, n'hésitent pas à mettre leur titre et leur pseudo-science au service de cette triste et piteuse comédie du mysticisme, que soutiennent et alimentent leurs attestations sciemment mensongères. Je ne dirai rien, notamment, de tout ce que je pourrais dire du farceur éhonté qui préside ce grand conseil de la consécration officielle, pseudo-médicale, des cures merveilleuses, que nous avons connu, autrefois, parmi nos camarades de l'Internat des Hôpitaux, et qui, de chute en chute dans les degrés de la déchéance professionnelle, est tombé dans les bas-fonds de la piscine miraculeuse, où il ne parviendra jamais à se laver de ce dernier et définitif effondrement.

Non, ce que je veux simplement dire et faire remarquer, après avoir assisté, une seconde fois, à vingt ans de distance, à l'écœurant spectacle de ces exhibitions de malades à toute extrémité ou d'incurabilité notoire, exhibitions dont l'audace et la froide cruauté ne peuvent s'expliquer et se justifier que par les entraînements irrésistibles du fanatisme farouche et contagieux qui y préside, — c'est qu'il y a là une infraction visible, ouvertement et largement pratiquée aux droits et aux devoirs humanitaires les plus sacrés, un attentat public aux lois de défense sociale, un crime de lèse-humanité, en un mot, auxquels il y a lieu et il serait temps de mettre un terme, dans l'intérêt des pauvres patients, qu'il ne saurait être permis, même sous prétexte d'un miracle impossible, de soumettre à ces rudes épreuves physiques et morales, quand ils sont, de toute évidence, incapables de les supporter.

Les pouvoirs publics, gardiens de la santé publique et de la sécurité des personnes, surtout quand il s'agit de pauvres malades en danger, soumis à de cruelles souffrances, que ne peuvent qu'aggraver et redoubler, ainsi qu'il nous a été donné de le constater, les fatigues et les péripéties d'un long voyage, auxquelles on ajoute ensuite, sans pitié, celles des transports et des exhibitions, sous les yeux affamés de curiosité d'une foule compacte et fanatisée, à travers des nuées de poussière et une atmosphère surchauffée et brûlante, les pouvoirs publics ont le devoir d'opposer leur *veto* tutélaire à la prise de possession de ces pauvres victimes, dont on exploite la crédulité et les suprêmes illusions : l'organisation, savamment fomentée et préparée de plus ou moins longue main, dans la ville, le village, la commune, de chaque pèlerinage, permet une surveillance facile, et la connaissance, soit préalable, soit au départ, de cette catégorie de malades que leur état extrême d'affaiblissement, d'émaciation, d'impotence absolue, signale aisément — quelle que soit, d'ailleurs, la nature même de la maladie primitive — à l'attention la moins compétente.

Il n'est question ici de liberté de conscience, ni du respect qui lui est dû, et dont nous sommes les premiers à proclamer le principe et l'observance : il s'agit des droits supérieurs de l'humanité ouvertement violés et outragés dans ce qu'ils ont de plus sacré : la pitié envers la maladie et la souffrance et l'assistance sociale qu'elles commandent.

L'industrie du miracle n'a, du reste, qu'à gagner à cette préservation défensive, qui réduirait d'autant le stock de malades, dont l'incurabilité fatale et avérée défie toute efficacité, la plus apparente, de son intervention.

Le Directeur-Gérant : F. DE RANSE.

Société nouvelle de l'IMPRIMERIE SCHILLER (en formation). — BOURGEOIS.
Paris. — 10, rue du Faubourg-Montmartre.

66e ANNÉE. 9e SÉRIE. TOME II — No 40 — 5 OCTOBRE 1895

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : Dr F. de RANSE — *Rédacteur en chef :* Dr Pierre SEBILEAU

Secrétaire de la Rédaction : M. Em. EMERY

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 28, rue Vignon

Notre grand **PASTEUR** *vient de mourir et le monde entier a pris le deuil, car jamais homme ne rendit plus de services à l'humanité.*

SOMMAIRE. — TRAVAUX ORIGINAUX : La pleurésie blennorrhagique, par M. P. Faitout. — A L'ETRANGER : *Chirurgie du tube digestif* : De la tuberculose de l'œsophage. — Interventions sur le foie et la vésicule biliaire. — Occlusion intestinale par calcul biliaire. — SOCIÉTÉS SAVANTES : *Société de Chirurgie* (séance du 2 octobre) : La mort de Pasteur. — REVUE D'OCULISTIQUE — REVUE D'HYGIÈNE. — THÉRAPEUTIQUE PRATIQUE : Du régime alimentaire dans la fièvre typhoïde. — NOUVELLES ET FAITS DIVERS. — NOTES D'INTERNAT : Physiologie de la glande sous-maxillaire, par P. S.

TRAVAUX ORIGINAUX

La pleurésie blennorrhagique.

Par M. P. FAITOUT, interne des hôpitaux (1).

Dans une Revue générale sur le rhumatisme blennorrhagique, M. Talamon, après avoir fait la critique des cas connus alors de pleurésie survenue au cours d'un rhumatisme blennorrhagique, pouvait ainsi conclure (*Revue de Médecine*, 1878) :

« Il faut rayer la pleurésie du nombre des manifestations connues du rhumatisme blennorrhagique; il n'en existe pas jusqu'à présent un seul exemple authentique. »

Nous allons essayer de montrer qu'une telle opinion ne serait plus, aujourd'hui, conforme à la réalité, qu'il existe des pleurésies franchement et uniquement dues à la blennorrhagie.

I

Il n'est pas inutile de reprendre, pour mémoire, les observations connues au moment où M. Talamon croyait pouvoir nier l'existence de la pleurésie blennorrhagique. Il parle d'un fait de Ricord, d'un autre de G. Sée et tous deux sont restés introuvables. Viennent ensuite les observations de Tixier, de Richet, de Meynet. Elles peuvent se résumer de la façon suivante :

TIXIER. — Un malade s'est présenté à nous avec une pleurésie du côté droit qui s'accompagna d'ictère. Il ne présentait dans ses antécédents aucun fait de rhumatisme; par contre, il conservait depuis longtemps déjà un écoulement uréthral assez abondant. L'épanchement pleurétique fut peu considérable, les phénomènes généraux modérés; le malade se crut bientôt en état de sortir, mais l'écoulement persistait, il y eut une rechute.

RICHET. — Garçon de 16 ans entré à l'hôpital avec des symptômes d'une arthrite aiguë de la hanche droite et une douleur dans l'épaule gauche ; quatre jours après l'entrée on constate un écoulement uréthral peu abondant. Richet porte alors le diagnostic de coxalgie rhumato-blennorrhagique. Un petit abcès se forma au-dessus de l'extrémité externe de la clavicule gauche et fut incisé ; deuxième abcès analogue à deux travers de doigt au-dessus de l'articulation tibio-tarsienne. Ces abcès, dit Richet, n'étaient pas sous-périostiques, mais développés dans le tissu cellulaire souscutané. Cependant on constatait au cœur un bruit de souffle doux, au premier temps. Un vésicatoire placé sur la région de la hanche donna du pus comme un abcès.

Quelques jours plus tard survinrent, sans point pleurétique, les signes d'un épanchement pleural très abondant, que Richet supposa purulent. La pleurésie se présentait, à droite, avec ses signes ordinaires et une dyspnée si considérable qu'on se disposait à faire la thoracentèse, mais celle-ci fut ajournée en raison de la diminution de la dyspnée coïncidant avec le début de la résorption de l'épanchement.

Il fallut faire une incison à la partie externe de la hanche; il s'en écoula une grande quantité de pus et l'ouverture resta fistuleuse.

Nous sera-t-il permis de ne point partager le scepticisme de M. Talamon au point de vue de l'existence de la pleurésie blennorrhagique dans ce cas particulier? D'une part, il écrivait avec l'idée qu'il n'y avait pas de pleurésie blennorrhagique et le fait de Richet restant unique était par cela même douteux ; d'autre part, il se montrait d'autant plus réservé que les exemples de pyarthrose blennorrhagique étaient très rares à l'époque, et précisément le malade de Richet présentait des arthrites suppurées.

Dans le fait de MEYNET la localisation pleurétique attire davantage l'attention. Il s'agit d'un malade de 17 ans, pris de blennorrhagie. Deux jours après, il éprouve des accidents articulaires, qui envahissent successivement l'articulation tibio-tarsienne gauche, le genou droit, l'articulation du cou-de-pied droit, les deux épaules, les poignets.

Huit jours après se déclare une endopéricardite avec oppression considérable; huit jours plus tard se fait à grands fracas le début d'une pleurésie gauche qui se manifeste par une orthopnée considérable et tous les signes d'un épanchement pleurétique qui nécessite la thoracentèse.

Meynet lui-même n'a voulu voir dans ce cas qu'une simple coïncidence ; aussi son observation est-elle intitulée: « Rhumatisme articulaire survenu dans le cours d'une blennorrhagie. » Et il en donne les raisons suivantes :

1° Invasion précoce du rhumatisme qui a suivi de deux jours celle de la blennorrhagie, tandis que, dans la plupart des observations connues, cette complication survient vers le 8e ou 10e jour;

2° La forme aiguë du rhumatisme;

3° Sa généralisation à un grand nombre de jointures.

La quatrième raison qu'il invoque a beaucoup moins de poids, puisqu'elle repose sur l'absence d'iritis et la présence de complications cardiaques et pleurales.

II

Telles étaient les observations connues à l'époque où écrivait M. Talamon; assurément, aucune n'était alors incontestable et on ne peut être surpris de le voir nier l'existence de la pleurésie blennorrhagique. Depuis ce moment, un certain nombre de faits se sont produits, les uns douteux, d'autres beaucoup plus vraisemblables, d'autres enfin fort nets, la question se précisant de plus en plus à mesure que l'attention était attirée sur ce chapitre de pathologie.

Parmi les premiers, nous mentionnerons le cas de Cornil et Klippel rapporté à la Société anatomique :

Jeune femme de 20 ans, blanchisseuse, entrée à l'hôpital Laennec pour des symptômes généraux de fièvre, d'embarras gastrique, maux de tête, douleur dans le dos et dans le flanc gauche — un peu de toux sans expectoration. La malade a des douleurs en urinant et l'on trouve tous les symptômes de blennorrhagie subaiguë avec folliculite blennorrhagique. Respiration difficile à cause de la douleur.

Le lendemain on constate à gauche : matité, râles, retentissement de la voix et souffle, puis abolition des vibrations...

(1) In *Archives de médecine*, octobre 1895.

A l'autopsie : la plèvre gauche est remplie par une assez grande quantité de liquide citrin et tapissée de fausses membranes fibrineuses récentes. Le poumon gauche est complètement revenu sur lui-même, sans être absolument atélectasié, sauf dans son lobe inférieur. — Liquide trouble dans le péricarde.

Dans la trompe utérine, liquide puriforme ne contenant ni gonocoque ni microorganisme d'aucune sorte.

— Chez cette malade y a-t-il eu un rapport direct entre la blennorrhagie et les déterminations de l'appareil respiratoire rencontrées à l'autopsie? L'exsudat pleurétique n'a pas été examiné au point de vue bactériologique, et, d'autre part, on peut se demander si l'épanchement est le fait du retentissement de la pneumonie sur la plèvre. Ou bien la pleurésie est-elle l'accident primordial, les lésions observées du côté du poumon, en particulier l'atélectasie, étant sous la dépendance de l'inflammation pleurale, la disparition de l'air dans les alvéoles étant attribuée à la compression du parenchyme pulmonaire par l'épanchement pleural ? — Quoi qu'il en soit, une interprétation dans ce sens pourra toujours être discutée.

Parlerons-nous d'un cas cité dans la thèse de Baisle (obs. VIII) : l'auteur signale le fait d'un malade atteint de rhumatisme blennorrhagique avec péricardite, chez lequel on constata à plusieurs reprises des frottements à la base du poumon gauche. L'exactitude du diagnostic de rhumatisme blennorrhagique avec péricardite et frottement pleuraux eut pour sanction l'inefficacité du traitement par le salicylate de soude, et ce n'est pas, en l'espèce, un critérium à dédaigner.

Au Congrès de Dermatologie de 1890 Ducrey donna lecture d'une communication qui se résume ainsi :

« Il s'agit d'un jeune architecte qui a été vu à plusieurs reprises par les plus grands cliniciens de Naples. Ce jeune homme était atteint d'une blennorrhagie aiguë absolument typique qui s'accompagna au bout de quelques jours d'une fièvre légère, puis successivement d'un grand nombre de manifestations morbides occupant les séreuses : d'abord une pleurésie droite, puis une pleurésie gauche, puis une hydarthrose du genou, puis une hydarthrose du poignet et enfin une péritonite séreuse. Une des particularités les plus remarquables dans ce cas était la fugacité des épanchements séreux ; en quelques heures, ils se produisaient et disparaissaient ; il arrivait très souvent que nous constations un jour un abondant épanchement pleural et que le lendemain nous ne puissions plus en trouver de traces ».

On doit prendre ce fait en sérieuse considération puisqu'il a été observé et signalé par un auteur aussi expert en la matière que Ducrey. Nous devons en retenir les déterminations multiples sur les séreuses, en particulier sur le péritoine et surtout ce point fort important que la pleurésie ou plutôt les pleurésies ont précédé l'envahissement des articulations. La fugacité des épanchements séreux n'est pas moins remarquable.

Nous trouvons dans la thèse de Souplet une observation empruntée à Mac Donnel :

Jeune homme de 22 ans, sans tare rhumatismale ni goutteuse du côté du père ; du côté de la mère plusieurs parents atteints de maladies de cœur, un cousin ayant souffert d'attaques de rhumatisme aigu.

Comme antécédents personnels, une chaudepisse survenue quelques mois auparavant, accompagnée de gonflement testiculaire, mais sans douleurs articulaires. Il n'a aucune maladie antérieure le montrant prédisposé au rhumatisme : pas de scarlatine, pas d'angine, pas de chorée. Atteint d'une deuxième blennorrhagie depuis quatre semaines et s'étant exposé au froid, à l'humidité, il ressent des douleurs dans les genoux, suivies bientôt de dyspnée, de douleur cardiaque et de l'envahissement du poignet puis des chevilles. Un médecin appelé constate un état général semblable à celui d'un malade à la première période d'une pneumonie grave : 40 respirations par minute : orthopnée. Aucun signe physique dans les poumons, mais double frottement à la base du cœur.

L'endo-péricardite s'était améliorée graduellement lorsque le trentième jour après le début des accidents articulaires survient de l'orthopnée. La température monte à 39°.

A la percussion matité à la base du poumon droit, bruits respiratoires faibles et diminution de la résonnance de la voix.

— A la base gauche légère perte de la résonnance. Respiration : 24.

Le lendemain on constate à l'auscultation l'absence du bruit respiratoire. Il y a évidemment du liquide dans les deux plèvres, car des deux côtés de la poitrine, il y a de la matité jusqu'à l'angle de l'omoplate. Du côté gauche, sur la zône de matité, il y a de l'égophonie lointaine.

Trente-deuxième jour : la température monte à 40°, grande agitation et malaise. Pas de changement dans les signes physiques.

Un mois plus tard, lorsque le malade quitta l'hôpital, l'égophonie avait entièrement disparu, mais il y avait encore une bande de matité aux deux bases.

De l'examen de cette observation, Mac Donnel conclut que la chaudepisse est la cause de la maladie des séreuses, et cela pour les motifs que voici :

1° Absence d'aucune manifestation rhumatismale antérieure ;

2° Le froid comme cause excitante n'apporte en aucune façon la probabilité que la chaudepisse a été la cause prédisposante ;

3° Faible élévation de la température (37°8) qui ne s'est élevée qu'au moment de l'apparition des complications pleurales et cardiaques, et non au début de la maladie comme cela n'eût sans doute pas manqué dans le cas du rhumatisme aigu ordinaire ;

4° Les articulations ont été intéressées à un très faible degré si bien que même au summum de la maladie le patient était encore capable de se promener ;

5° Il n'y a eu de transpiration à aucune période de la maladie.

Dans le même travail de Souplet nous trouvons relaté (observation III) le fait d'un malade de vingt-neuf ans entré à l'hôpital du Midi pour une orchite gauche datant de six jours, survenue au cours d'une blennorrhagie qui a commencé il y a vingt-trois jours. Au cours du traitement se manifestèrent des frottements péricardiques intenses, en même temps que diminuait le bruit respiratoire aux deux bases et que se faisaient entendre des frottements — râles surtout à droite. — Le malade sortit guéri, sans rien aux poumons.

Nous ne ferons que mentionner l'observation de L. Perrin

qui rapporte l'histoire d'un malade atteint de blennorrhagie aiguë, soigné dès son apparition par des injections astringentes et l'opiat. A la suite d'une balano-posthite gangreneuse survint deux mois après le début un point de côté violent. Température = 39°2. Vomissements. On mit sur le compte d'une pleurésie diaphragmatique le point de côté et le mauvais état général. Divers incidents (phlébite de deux fémorales, etc...) se manifestèrent sans interruption et la pleurésie sèche persistait encore trois mois après le début.

Pour précises que soient les observations précédentes elles sont cependant moins démonstratives que celle de Mazza rapportée par Bordoni-Uffreduzzi, puisqu'il leur manque la sanction de l'examen bactériologique. Nous la traduisons mot à mot du texte allemand : « Il s'agit d'une jeune fille de 11 ans, déflorée par un homme atteint de blennorrhagie (le mobile de cette défloraison a été la croyance si répandue qui prétend que le coït avec une vierge guérit d'une chaudepisse). Cette jeune fille fut atteinte quelques jours après sa défloraison d'une polyarthrite et bientôt d'une pleurésie bilatérale. D'après la déclaration du médecin qui la soignait, au début elle aurait présenté, en plus de ces complications, de la péricardite et de l'endocardite dont on trouve encore maintenant quelques symptômes cliniques.

» Le Dr Mazza examina l'exsudat pleural après extraction par une ponction aspiratrice entourée des précautions nécessaires. Il constata, non seulement par la recherche microscopique, la présence dans les leucocytes et les cellules endothéliales de diplocoques semblables par leur forme et leur manière de se colorer au gonocoque de Neisser, mais put encore démontrer par la méthode de Wertheim (cultures pures dans un mélange d'agar et de sérum sanguin) l'absence dans l'exsudat de toute autre forme de bactérie autre que le gonocoque. »

III

La constatation de ces faits cliniques ne saurait satisfaire complètement l'esprit si nous ne nous demandions comment le gonocoque peut parvenir à la plèvre.

Et d'abord la structure histologique de la plèvre présente-elle un élément favorable au développement du gonocoque? Depuis longtemps l'erreur de Bumm a été démontrée : l'épithélium cylindrique n'est pas seul susceptible d'être attaqué par le microbe de Neisser, puisqu'il est avéré aujourd'hui qu'il peut se développer sur l'épithélium pavimenteux et même pénétrer dans la profondeur des tissus; or, l'endothélium de la plèvre est justement de nature pavimenteuse.

Mais par quelle voie parvient-il à cette séreuse? Le courant sanguin est, selon nous, le mode de transport à incriminer. Faut-il insister sur les recherches de Jullien, d'Hamonic, de Golacz, qui ont vu le gonocoque dans le sang, de Moncorvo qui l'a trouvé dans le sang retiré de la pulpe du doigt d'un nourrisson atteint de vulvo-vaginite, d'Hewes qui deux fois sur neuf cas de rhumatisme blennorrhagique a trouvé dans le sang le microbe spécifique? Tout récemment encore Wertheim, un des auteurs les plus compétents en cette matière de bactériologie, a trouvé à l'autopsie d'une jeune fille atteinte de vulvo-vaginite avec arthrite suppurée de nombreux gonocoques dans une veine thrombosée sous-jacente à la muqueuse vésicale. De même Finger, Ghon et Schlagenbaufer, dans un mémoire important, concluent : « Les gonocoques sont transportés dans la circulation sanguine à l'état isolé ou inclus dans des leucocytes. »

Ce mécanisme n'a d'ailleurs rien d'exceptionnel et n'est nullement spécial au microbe de Neisser. N'avons-nous pas vu pour certains cocci une inflammation de l'appareil pulmonaire succéder à d'autres manifestations portant sur des organes éloignés, par exemple une pneumonie survenir assez rapidement parfois après l'inoculation sous-cutanée de pneumocoques à une souris? En serait-il autrement de la pleurésie que des autres infections à distance dans lesquelles on a trouvé le gonocoque pur, comme les synovites tendineuses suppurées (Tollemer et Macaigne, Létienne, Routier, etc.), et les cas assez nombreux aujourd'hui d'arthrite blennorrhagique, où le microbe de Neisser a été trouvé seul dans la synoviale ou dans le liquide articulaire?

Un autre problème resterait encore à résoudre : le gonocoque est-il, dans tous les cas de pleurésie blennorrhagique, le seul coupable? ou bien faut-il faire intervenir les infections secondaires qui se produisent si souvent dans le cours de la blennorrhagie? La tendance actuelle est d'attribuer un grand nombre des complications de la chaudepisse à ces infections secondaires ; mais nous avons vu que précisément dans le cas le plus typique de pleurésie blennorrhagique le gonocoque était seul à incriminer. Les examens bactériologiques sont trop peu nombreux jusqu'ici pour qu'il soit permis de conclure dans un sens ou dans l'autre. La question reste à élucider, comme aussi le rôle des toxines microbiennes qui pourraient bien entrer en jeu par leur diffusion dans l'organisme et être démontrées responsables dans un certain nombre des complications de la blennorrhagie.

A L'ÉTRANGER

CHIRURGIE DU TUBE DIGESTIF

De la tuberculose de l'œsophage.

Par M. K. Zenker. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LV.)

Les cas de tuberculose de l'œsophage sont excessivement rares, et cela se comprend, car les matières que le malade déglutit, lors même qu'elles renfermeraient des germes morbides, ne s'arrêtent pas dans l'œsophage, qui n'est qu'un lieu de passage. A plus forte raison la lésion tuberculeuse primitive est-elle rarement constatée. M. Zenker, dans toute la littérature médicale, n'a pu en réunir que cinq cas authentiques auxquels il en ajoute trois autres qu'il a lui-même observés.

Parmi ces derniers, il en est deux dans lesquels les altérations ne sont pas à proprement parler des lésions primitives ; elles étaient, en effet, produites par la propagation par voisinage d'une tuberculose ganglionnaire médiastine à la paroi de l'œsophage. Il s'agissait de tuberculeux qui avaient présenté dans la dernière période de leur vie des troubles de la déglutition se caractérisant par de la dysphagie et tous les autres symptômes appartenant au rétrécissement œsophagien.

L'autopsie démontra, en effet, qu'au niveau de la bifurcation de la trachée l'œsophage était rétréci et que ce rétrécissement était constitué par une saillie dont le centre était formé par une ulcération à bords irréguliers, décollés, de coloration jaunâtre, présentant les caractères des ulcérations tuberculeuses. La coupe des tissus malades montrait que cette ulcération, dans sa profondeur,

condnisait par plnsieurs pertuis jusqne dans les tissus péri-œsophagiens, et en particulier jusqne dans les masses ganglionnaires qui avoisinent la bifurcation de la trachée. Dans un de ces denx cas les trajets fistuleux s'étendaient encore plus loin et descendaient jusqu'au niveau du hile du poumon, en passant entre l'œsophage et la trachée.

L'examen histologique, du reste, permettait de constater que les bords de l'ulcération présentaient tous les caractères anatomiques des ulcérations tuberculeuses et qu'il en était de même des diverses parois, muqueuse, sous-muqueuse et musculeuse de l'œsophage.

Dans le troisième cas rapporté par M. Zenker, la tuberculose œsophagienne reconnaissait une autre pathogénie; il s'agissait bien, en réalité, d'une véritable tuberculose primitive, car les tissus péri-œsophagiens, les ganglions en particulier, ne prennent aucune part à sa formation.

Ce cas concernait un malade âgé de trente-huit ans, phtisique, qui se plaignait d'éprouver de vives douleurs et une gêne considérable de la déglutition, et chez lequel le cathétérisme œsophagien révéla nn rétrécissement du conduit alimentaire siégeant environ à 22 centimètres des arcades dentaires, c'est-à-dire au niveau du cartilage cricoïde.

A l'autopsie on constata, outre l'existence de lésions tuberculeuses très étendues des poumons, les altérations œsophagiennes suivantes : au niveau de la partie inférieure du larynx, il existait une ulcération circulaire qui mesurait, en hauteur, 1 centimètre au niveau de la partie postérieure et 4 centimètres en avant; cette ulcération, de coloration brunâtre, parsemée de nodules jaunâtres, à bords irréguliers, déchiquetés, formés par une muqueuse épaissie et décollée, n'atteignait que les parties superficielles de la muqueuse; nulle part elle ne se propageait au delà de la musculeuse. En un mot, il s'agissait d'une ulcération dont le mécanisme était tout différent de celui qui avait été noté dans les deux cas précédents. En outre, au niveau de l'ulcération, l'œsophage était rétréci et n'avait plus qu'une circonférence totale de 2 centimètres 1/2 au lieu de 5 centimètres 1/2, diamètre de la partie du conduit alimentaire sous-jacente à l'ulcération.

L'auteur n'a pu trouver dans la littérature que deux cas analogues : ce sont deux observations appartenant l'une à Paulicki, l'autre à Spillmann, et dans ces deux cas le siège de l'ulcération était le même. Jusqu'à un certain point ce fait n'a rien qui doive surprendre, car c'est la région de l'œsophage où le diamètre est le moins considérable et en conséquence c'est elle aussi qui est le plus exposée aux irritations ou traumatismes de tout ordre.

Pour ce qui concerne la pathogénie de la tuberculose primitive de l'œsophage, M. Zenker explique sa rareté, d'un côté par le séjour très court que font dans ce conduit les substances susceptibles de la contaminer et, d'un autre côté, par la résistance du revêtement à cellules épithéliales pavimenteuses de toute la mnqueuse œsophagienne. Ces deux conditions font-elles défaut, l'inoculation de l'œsophage se produit alors avec la plus grande facilité; la preuve en est que, dans les cas où l'on a signalé les lésions tuberculeuses de l'œsophage, ces diverses conditions semblaient se trouver réunies : Breus et Kundrat ont ainsi vu survenir de la tuberculose de la muqueuse œsophagienne chez deux malades, phtisiques, porteurs d'un rétrécissement de l'œsophage consécutif à une ulcération par liquide caustique ; Zenker, Cordua ont vu, de leur côté, des tubercules s'associer à un rétrécissement cancéreux de l'œsophage. En un mot, il faut, pour que ces lésions se produisent, que les conditions mécaniques et biologiques nécessaires à leur développement soient réalisées. (*Semaine Médicale.*)

Interventions sur le foie et la vésicule biliaire.

Sendler (*Deutsche Zeitsch. für Chirurg.*, XL) vient de publier un travail sur un sujet tout d'actualité, et qui depuis quelques années seulement commence à être du domaine de la chirurgie. Il s'agit des interventions sur le foie et la vésicule biliaire.

Le travail de l'auteur se compose de quinze observations personnelles, qui offrent toutes nn haut intérêt. Elles sont suivies de conclusions qui ne peuvent manquer d'attirer l'attention de tous ceux qui s'adonnent à cette question.

Sendler montre comment la cholélithiase, qui existe depuis longtemps, au lien de rester inoffensive, est an contraire la source de lésions profondes de l'appareil biliaire qui aboutissent à la mort. L'intervention est donc absolument justifiée; mais elle doit être précoce. Si les lésions pathologiques sont déjà créées, on conçoit, en effet, que, l'opération se faisant dans de moins bonnes conditions, revête nn bien plus grand caractère de gravité. Il faut donc intervenir tôt.

De plns, certaines conditions spéciales peuvent encore hâter l'intervention : ainsi des accès de colique hépatique se reproduisant à cours intervalles, de la fièvre, des symptômes d'occlusion des conduits biliaires.

Si l'intervention a des indications sérieuses, elle a également des contre-indications dont il faut tenir compte. L'ictère est la plus importante ; il ne faut pas cependant s'en laisser imposer par l'ictère apparaissant pendant quelque temps. C'est l'ictère chronique qui devra faire hésiter le chirurgien : celui-ci en effet se rappellera que les tissus sont peu résistants, que des hémorrhagies sont fort à craindre.

D'autres cas peuvent encore se présenter dans l'évolution de la cholélithiase. Ainsi la présence dans la vésicule de calculs volumineux, pour lesquels il est impossible de franchir les voies biliaires, appelle sans contestation le secours du chirurgien. De même les accès douloureux qui reconnaissent comme causes des brides, des adhérences, ne pourront être calmés que par la rupture de ces tissus de néoformation.

La cholélithiase se compliquant de phénomènes infectieux, on se trouvera en présence de cholécystite aiguë infectieuse. Faut-il alors laparotomiser le malade? Oui, si le diagnostic est ferme, le malade dans nn état général satisfaisant. Non, si cette dernière condition n'est pas remplie, et si le malade est dans un état où toute intervention doit être écartée.

Enfin, la péritonite par perforation de la vésicule et des conduits justifie en général l'intervention, de même que l'occlusion intestinale due à la migration d'un calcul biliaire.

L'auteur pose, comme on le voit, d'une façon aussi complète que possible les règles de l'intervention. Celle-ci est commandée par différents éléments. Rien d'étonnant dans ces conditions que l'intervention elle-même soit sujette à bien des modalités différentes.

Comme règle générale, Sendler aime mieux la cholécystostomie en un seul temps à la cholécystendyse. Il la préfère aussi à la cholécystostomie en deux temps. Cette dernière opération est néanmoins admise par l'auteur quand le contenu de la vésicule est capable d'infecter le péritoine.

La cholécystectomie, à son tour, trouve des applications manifestes.

Occlusion intestinale par calcul biliaire.

A côté du travail de Sendler, trouve naturellement place celui de **Lobstein** (*Beitræge zur. klin. Chir.*, XIII), qui a étudié une des complications les plus intéressantes de la migration du calcul hors de ses voies naturelles : l'occlusion intestinale.

Le travail de Lobstein porte sur 92 cas, c'est-à-dire sur une statistique d'une réelle valeur. 17 fois seulement, l'attaque d'occlusion avait été précédée de symptômes de cholélithiase; la proportion, on le voit, est très faible.

La plupart du temps, les phénomènes apparaissent brusquement. On se trouve en présence d'une occlusion avec ses signes caractéristiques et dont la cause échappe. On n'arrive guère, en effet, à sentir le calcul par la palpation et cependant le ballonnement est le plus souvent modéré.

Laisse-t-on le malade sans intervenir, se contente-t-on du trai-

tement médical, on voit que l'occlusion par calcul biliaire a un caractère de gravité moindre que la plupart des autres occlusions. 61 fois Lobstein n'a pas opéré, et 29 fois seulement la mort est survenue.

L'auteur a donc eu occasion d'intervenir 31 fois, et sur ces 31 interventions il a en 19 décès. Cette forte proportion s'explique par ce fait que la plupart des opérations suivies de mort ont été faites trop tardivement, alors que le malade était en proie à une forte péritonite.

Ce serait donc à l'opération précoce qu'il faudrait, semble-t-il, avoir recours. Tel n'est cependant pas l'avis de Lobstein qui conseille d'attendre pour intervenir. Ce n'est qu'après l'échec du traitement médical, ce n'est que quand le malade a des symptômes d'affaiblissement, que Lobstein se décide à prendre le bistouri.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 2 octobre.

La Société reprend, aujourd'hui, le cours de ses séances.

Après lecture du procès-verbal de la dernière séance qui a eu lieu le 31 juillet 1895, M. le secrétaire général donne le résultat de la correspondance des deux derniers mois dans laquelle se trouve une thèse envoyée par **M. Donnadieu** (de Bordeaux) sur l'anurie calculeuse. Cette thèse est renvoyée à l'examen de la commission pour le *prix Duval.*

La mort de Pasteur.

M. le Président rappelle en quelques mots les immenses bienfaits rendus à la chirurgie moderne par les découvertes du grand savant et il pense répondre au vœu général en proposant à la Société de lever la séance en signe de deuil.

La séance est levée.

REVUE D'OCULISTIQUE

Les kystes hydatiques de l'orbite, par M. Mandour. Th. Paris, 1895.

Les kystes hydatiques de l'orbite sont rares en France ; néanmoins, ils constituent une lésion importante à connaître, car le diagnostic en est souvent particulièrement difficile et le traitement encore discuté. Le travail de M. Mandour, inspiré par le Dr Terson (de Toulouse), est basé sur l'analyse de 44 observations et contient en plus un tableau très complet des observations publiées depuis J.-L. Petit jusqu'à présent.

L'étiologie est celle des kystes hydatiques en général, plus fréquents chez l'homme et chez les jeunes sujets ; ils existent plus particulièrement en Islande, Allemagne, Angleterre et aussi dans les pays chauds (Syrie, Arabie, etc., etc.) où l'usage de la *viande crue* est habituel.

En France, il n'y en a que très peu d'observations.

Le traumatisme paraît jouer un rôle pour attirer le parasite vers l'orbite.

Quant à la thérapeutique, si précaire avant l'antisepsie, époque où la plupart des interventions dans ces cas n'ont réussi qu'à provoquer des phlegmons de l'orbite, il faut remarquer que la ponction simple ne paraît donner que des résultats momentanés, bien que la récidive ait pu mettre 2 ans à se produire (Terson). Elle reste plutôt un moyen explorateur que curatif. On se conduira donc d'après les indications suivantes :

1° Ponction aspiratrice suivie d'une injection parasiticide (sublimé à 1/1000) ;

2° En cas d'insuccès immédiat, incision de la poche et tentative d'expulsion complète de la vésicule mère par une traction à l'aide des pinces, après une irrigation prolongée avec la solution de sublimé à 1/2000 ;

3° En cas de récidive : si le kyste n'est pas volumineux, on peut en tenter l'extirpation complète qui sera possible sans trop de délabrements, quand la tumeur ne s'étendra pas trop en profondeur. Mais, dans le cas contraire, dont le signe capital sera une stase papillaire accentuée, on procédera à une extirpation partielle aussi profonde que possible de la poche, après avoir détruit par le curettage et l'irrigation antiseptiques la vésicule mère et les hydatides filles qu'elle contient.

On réservera donc l'extirpation complète du kyste aux cas de récidive, parce que c'est une opération laborieuse en raison de l'espace très restreint dans lequel on est obligé de faire mouvoir les instruments et qu'on s'expose à intéresser d'une manière fâcheuse les muscles de l'œil.

Une intervention radicale précoce est nécessaire pour prévenir une perte incurable de la vision. De plus, il faut pendant longtemps tenir les malades en observation et guetter ainsi la récidive pour intervenir de bonne heure.

De la sclérite rhumatismale diffuse, par M. Largeau. Th. Paris, 1895.

Cette thèse est consacrée à l'étude des sclérites diffuses, douloureuses et superficielles qui évoluent sans laisser de traces ; ce n'est donc pas des épisclérites ni des sclérites profondes dont le staphylôme est la terminaison, qu'il s'agit ici. La description de la maladie est basée sur treize observations dont deux inédites. C'est cette forme que divers auteurs ont décrite sous le nom de périsclérite et d'ophtalmie rhumatismale.

Les thèses de Renaud (1876) et de Privé (1881) constituent les plus récents travaux d'ensemble sur la question. De la symptomatologie, on doit retenir les larges plaques livides diffuses de la sclérotique et les douleurs spontanées extrêmement vives de l'affection, enfin la longueur et les récidives de la maladie. De nature franchement rhumatismale et occasionnée par le froid humide, cette forme de sclérite s'accompagne, dans certains cas, de poussées de ténonites avec légère exophtalmie et chémosis.

Le traitement local par la chaleur (compresses, cataplasmes incessants) s'aidera de l'antipyrine au moment des accès et d'un traitement anti-rhumatismal (salicylate de soude, iodures, eaux minérales chlorurées-sodiques de Néris et de Plombières), mais ces divers moyens n'ont qu'une action souvent incertaine et n'assurent pas l'avenir.

De l'emploi du pétrole brut dans les conjonctivites, par M. Dubar. Th. Paris, 1894.

Voici les conclusions de ce travail :

1° Le pétrole brut est un médicament intérimaire de premier ordre et prépare l'action de médicaments plus actifs. Il n'est pas d'un emploi douloureux comme ceux-ci ;

2° C'est un médicament actif, nullement comparable à ses dérivés, son emploi n'est pas une forme déguisée de l'abstention ;

3° Son odeur n'est pas désagréable, il n'est jamais nuisible et agit très favorablement même lorsque les cornées sont atteintes. N'étant pas toxique aux doses employées, il peut être laissé entre toutes les mains ;

4° Il est facile à se procurer. Son mode d'emploi est des plus simples ;

5° Il convient à toutes les conjonctivites catarrhales et aux conjonctivites diphtériques;

6° Aux formes aiguës réactionnelles de la conjonctivite granuleuse;

7° C'est un bon adjuvant dans la conjonctivite purulente.

Dans ces différents cas cependant son action est plus lente qu'avec les médicaments habituels.

L'auteur signale aussi de bons effets dans la conjonctivite folliculaire. Rappelons ici que le traitement, inauguré par M. Trousseau, s'emploie en badigeonnages au pinceau, renouvelés deux à trois fois par jour.

Contribution à l'étude des ténonites et de leur traitement, par M. Daillet. Th. Paris, 1894.

Les ténonites reconnaissent pour étiologie toutes les causes infectieuses générales qui pourraient provoquer une arthrite ou une hydarthose avec, en plus, certaines causes locales (traumatismes fortuits et opératoires, cysticerques, corps étrangers, froid chez les rhumatisants et les arthritiques, etc.). On connaît les symptômes classiques de la ténonite: d'après l'auteur, il faudrait leur ajouter des amblyopies et même des atrophies du nerf optique qui rendraient le pronostic différent de celui généralement admis. Dans ces cas, M. Dransart pratique des capsulotomies ténoniennes avec une pince à griffes ou des ciseaux courbes, à un lieu d'élection situé entre l'insertion du droit inférieur et du droit externe. Le liquide qui ne sort pas immédiatement s'écoulerait progressivement, les jours suivants; les guérisons par cette méthode correspondraient à ces amauroses guéries par la myotomie oculaire (Adams, 1841; Ruète, Pétrequin, Guépin).

Des injections sous-conjonctivales de sublimé, par M. Matarangos. Th. Paris, 1894.

Avec un historique complet et précis, cette thèse constitue, avec quelques nouvelles observations dues à M. Darier, un plaidoyer favorable aux injections sous-conjonctivales. Comme Ovis, comme Oflüger, Darier pense à la pénétration du liquide antiseptique par le système lymphatique comme principal mode d'action sans rejeter l'action révulsive. Les injections sont recommandables surtout dans les ulcères scrofuleux, les ulcères rongeant et les infections postopératoires, quelquefois dans les kératites parenchymateuses atoniques quand la poussée aiguë est passée.

Dans l'épisclérite et la sclérite, il est à remarquer que si on a réussi par le sublimé, on a pu obtenir la guérison par des injections sous-conjonctivales de salicylate de soude (Van Moll).

Dans les iritis, il faut agir avec la plus extrême prudence pour éviter les réactions vives et ne l'employer après le traitement que contre les synéchies rebelles, en dernier ressort. Dans les choroïdites atrophiques, on a pu voir de remarquables améliorations fonctionnelles.

Enfin, il ne faut pas hésiter à les employer dans les névrites de toute nature, même rétrobulbaires.

On les combine souvent dans les cas spécifiques aux injections sous-cutanées de cyanure ou de sublimé. Le manuel opératoire est bien connu et a été précisé par Darier: 1 à 2 gouttes de sublimé à 1/1000 par jour, en piquant le plus loin possible de la cornée.

Sur la tuberculose de l'appareil lacrymal, par M. Janlin. Th. Paris, 1894.

L'histoire de la tuberculose de l'appareil lacrymal n'est pas encore faite et se réduit jusqu'ici à quelques observations éparses et parfois incertaines. Cette thèse, faite sur des matériaux pris à l'Hôtel-Dieu et à l'hôpital Saint-Louis, contient la réunion de ce qui a été fait déjà sur ce sujet mal connu, avec quelques observations inédites, et montre les inconnues que des recherches ultérieures éclaireront.

On divisera les lésions de la glande et de l'appareil lacrymal en cliniquement *primitives* et en *secondaires* (par continuités conjonctivale, palpébrale, nasale, osseuse ou coexistant avec la tuberculose pulmonaire). En fait de tuberculose primitive de la glande, il en existerait six cas dont plusieurs sont douteux (Baas, Müller, Lapersonne, Gonella). Pour le sac comme pour la glande, il s'agit de jeunes sujets et surtout de femmes. Il existe trois observations de tuberculose primitive du sac lacrymal (Bock, Fick, Loïdholt). Quant à la tuberculose secondaire, on trouve des cas consécutifs à la tuberculose nasale (Loïdholt, Tacquet, Batut), conjonctivale (Haah, Gayet), lupique (Arnozan); dans plusieurs de ces cas, l'examen microbien a été insuffisant. Enfin, il faudrait faire des statistiques longues et précises sur l'apparition des dacryocystites chez les tuberculeux pulmonaires où elle peut avoir une signification analogue à celle de la fistule anale et sur sa fréquence chez les scrofuleux à tuberculoses locales.

Anatomo-pathologiquement, on peut trouver dans la glande la structure typique des nodules tuberculeux et même des bacilles; dans le sac lacrymal, quand il y a tuberculose primitive, on trouve de la blennhorrée du sac avec granulations dans la muqueuse, et quelquefois des masses solides (Bock), avec des bacilles dont la recherche est longue, incertaine et délicate. Quant aux cas secondaires au lupus, on n'a jusqu'ici pas rencontré dans les sacs extirpés la structure et les bacilles tuberculeux, mais bien des streptocoques et des bacilles pyocyaniques (A. Terson). Les symptômes de la tuberculose de la glande sont ceux d'une tumeur progressive dont le diagnostic certain ne s'établit que par l'extirpation et l'examen microscopique. De même pour la dacryocystite tuberculeuse.

Le traitement consistera dans l'extirpation, le curettage et la cautérisation au thermocautère en une seule séance; on pourrait aussi employer le chlorure de zinc et à l'intérieur on donnera la créosote et l'iodoforme.

Contribution à l'étude des ostéo-périostites syphilitiques de l'orbite, par M. A. Beaudonnet. Thèse Paris, 1894.

L'histoire des lésions syphilitiques de l'orbite ne remonte guère qu'au début de ce siècle. Ricord, un des premiers, en cite plusieurs observations typiques : de même, Sichel père, Desmarres, Mackensie, Spencer, et surtout Demarquay; plus près de nous, c'est dans les travaux de Bull et d'Alexander qu'il faut trouver là-dessus des descriptions d'ensemble.

Ces périostites constituent des accidents tertiaires et, dans certains cas, elles peuvent survenir quelques mois après le début du chancre et constituer des accidents de tertiarisme précoce.

En plus des habituelles causes de gravité de la syphilis, il faut noter l'*absence* d'un traitement spécifique bien suivi. La syphilis héréditaire est quelquefois en cause (Fuchs, Trousseau). Anatomo-pathologiquement, il s'agit soit d'ostéo-périostites simples, soit surtout d'ostéo-périostites gommeuses.

La symptomatologie comprendra une forme *aiguë* et une forme *chronique*; la forme aiguë est le propre des accidents tertiaires précoces et hérédo-syphilitiques.

La marche, les signes généraux et locaux sont ceux d'une phlébite orbitaire et quelquefois d'un phlegmon de l'orbite. Un ramollissement se produit, s'ulcère et par la fistule

on sent les liaisons osseuses. Dans la forme chronique, il s'agit presque toujours d'une néo-formation simulant absolument une tumeur de l'orbite, ne se fistulisant que très tard et pouvant donner des séquestres. Dans tous les cas, on peut observer des paralysies musculaires, des lésions du trijumeau avec accidents cornéens et des névrites optiques plus ou moins curables.

Le pronostic varie avec le siège de la maladie, plus grave lorsqu'elle attaque le sommet de l'orbite.

Le traitement mercuriel et iodure à doses massives, fait à temps, donne le plus souvent d'excellents résultats.

Le diagnostic qui est celui, classique, des tumeurs de l'orbite, se basera avant tout, aussi bien chez les enfants que chez les adultes, sur les stigmates et les vestiges de la syphilis, souvent extraordinairement difficiles à découvrir et sur les antécédents familiaux.

Cette thèse contient en plus des observations récentes d'Alexander, Trousseau, deux observations inédites provenant de la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu et dans lesquelles, chez des adultes, d'énormes tumeurs avec exophtalmie et paralysies oculaires ont cédé rapidement au traitement mercuriel hypodermique et à l'iodure de potassium à haute dose.

Troubles oculaires dans l'acromégalie, par M. P. Mével. Th. Paris, 1894.

Les autopsies démontrent que dans la maladie de Marie, dont on connaît bien les traits généraux (hypertrophie et accroissement démesuré des mains, des pieds, de la mâchoire inférieure, hébétude, cyphose et aussi lésions optiques), ce sont les lésions du *corps pituitaire*, grossi au point d'égaler un œuf de poule, qui constituent le point de départ des accidents. Ces lésions, de nature histologique variée (hyperplasie conjonctive, gliôme, etc., causent les troubles oculaires par la compression du chiasma et des lobes cérébraux.

L'acuité visuelle, inégale pour les deux côtés, baisse peu à peu et peut disparaître. Le champ visuel rappelle, par ses modifications, l'hémianopsie temporale, à cause de la compression des fibres entrecroisées, mais il y a souvent aussi un rétrécissement général progressif, des scotômes et une amblyopie conduisant souvent à la cécité. On peut observer aussi des paralysies des muscles de l'œil, l'exophtalmie, le nystagmus, l'épaississement des arcades sourcilières, l'écartement même des yeux, l'albuminurie et la glycosurie.

A l'ophtalmoscope, le fond d'œil est normal, ou bien il présente le type de la *stase papillaire* à divers degrés, ou encore la *décoloration atrophique* de la papille. Tout cela résulte de la compression lente des veines, des sinus caverneux et des nerfs, mais l'atrophie complète du nerf optique ne se produit qu'après des années.

La pathogénie de l'affection, surtout depuis les autopsies et les expériences de destruction du corps pituitaire (Vassale, Sacchi, Gley), paraît due au manque de la sécrétion de cet organe dégénéré, dont la fonction semble analogue à celle du corps thyroïde, mais aurait plus d'action sur le développement et la vie du système osseux.

En plus des observations publiées, ce travail en contient deux d'inédites émanant du service du professeur Dianoux.

Le traitement par les injections temporales de strychnine semble avoir élargi le champ visuel des malades.

De plus, en attendant les résultats hypothétiques des injections de suc pituitaire, on pratiquera l'électrisation en plaçant le pôle négatif sur le crâne et le pôle positif aussi près que possible de la paroi postérieure du pharynx, dans le nez ou la gorge. A. Terson.

Episclérite transitoire à répétition.

Fuchs décrit sous ce nom une forme particulière d'ophtalmie où sont plus particulièrement pris la conjonctive biliaire et le tissu épiscléreux. C'est une maladie qui dure peu de temps, mais qui par contre récidive facilement.

Sa durée oscille entre quelques jours et deux semaines. Mais les malades peuvent être repris de leur affection pendant vingt années consécutives, comme l'auteur en a observé un cas. Elle reparaît sous l'influence du refroidissement, des brusques changements de température.

Différentes affections pourraient en imposer, si on n'examinait le malade avec soin.

C'est d'abord la conjonctivite aiguë ; mais l'épisclérite transitoire à répétition n'a pas de sécrétion.

C'est ensuite l'épisclérite ordinaire; mais cette dernière a des épaississements nodulaires et laisse des traces après guérison.

C'est encore l'œdème transitoire des paupières qu'on voit chez certaines femmes à la période menstruelle, ou à l'occasion d'une émotion, d'un accès de migraine.

C'est enfin la kératite ulcéreuse récidivante, apanage des uricémiques, avec infiltrations multiples du limbe cornéen laissant persister de petites opacités.

Le traitement de cette affection est très délicat, car elle est rebelle à la plupart des médications. Le mieux est de traiter la diathèse qui accompagne le plus souvent l'épisclérite à répétition.

Est-on en présence d'un paludéen, on aura recours à la quinine; les arthritiques se trouveront bien du salicylate de soude, auquel on pourra utilement joindre l'hydrothérapie. Le régime alimentaire devra également être surveillé.

REVUE D'HYGIÈNE

Du surmenage intellectuel dans les écoles et de la nervosité, par M. Lagneau. (*Annales d'Hygiène publique et de Médecine légale*, février 1895).

En vue de prévenir le surmenage, l'auteur propose de ne plus donner l'instruction secondaire et supérieure des programmes encyclopédiques embrassant toutes les branches si multiples des lettres et des sciences, mais de les limiter aux connaissances qui peuvent être utiles dans les différentes carrières auxquelles se destinent tels ou tels élèves.

Pour éviter d'accroître incessamment les programmes d'examens et de concours pour lesquels se surmènent intellectuellement des candidats de plus en plus nombreux, d'une part, il faut que dans tous ces programmes, les exercices physiques figurent pour une large proportion à côté des travaux intellectuels. Les candidats seront alors amenés à prévenir le surmenage intellectuel par l'obligation de s'exercer physiquement.

Dans nos pays civilisés où le nombre des individus aptes à remplir les professions libérales est de plus en plus supérieur à celui de ces professions, au lieu d'accroître incessamment les programmes d'examens et de concours où se présentent des candidats de plus en plus nombreux, mieux vaudrait diminuer le nombre des candidats en n'entretenant gratuitement dans les écoles supérieures avec les deniers publics que les élèves s'étant distingués dans les écoles inférieures ou secondaires. Il est onéreux pour l'Etat et préjudiciable aux élèves peu fortunés, qui n'ont pas des aptitudes exceptionnelles, de les détourner de l'apprentissage de métiers ordinairement lucratifs, en multipliant de

plus en plus, ainsi qu'on le fait en France, les bourses d'enseignement supérieur. Trop souvent, après comme avant leur réception aux examens ou aux concours, les jeunes gens restent sans emplois et sans ressources dans une situation fâcheuse sinon misérable.

Alcool et alcoolisme, par M. Joffroy. (In *Gazette des Hôpitaux*, n° 25, 1895.)

Très suggestive leçon clinique où le professeur, après avoir rappelé que l'alcool, quelle que soit sa pureté, est un poison dont le degré de toxicité varie avec sa provenance, montre, chiffres officiels à l'appui, la consommation de l'alcool augmentant d'année en année. La toxicité des divers produits provenant pour la plupart de distillations défectueuses, une fois signalée, il entre de plain-pied dans l'étude des lésions anatomo-pathologiques de l'alcoolisme.

L'alcool, dit-il, agit sur l'économie à la façon des poisons qui imprègnent l'organisme tout entier et y créent un état pathologique général. Aussi, les lésions qu'il produit sont-elles excessivement nombreuses.

Dans l'intoxication aiguë par l'alcool, on rencontre souvent à l'autopsie des hémorrhagies méningées ou même cérébrales. On peut rencontrer encore de l'apoplexie pulmonaire. Plus communément, on ne trouvera qu'une congestion énorme des méninges, de l'encéphale et du poumon.

Du côté du foie, on rencontre souvent une hyperhémie intense et même, après des excès répétés, des hépatites suppurées.

L'albuminurie peut également survenir à la suite d'excès alcooliques. Enfin, la mort subite peut être la conséquence de l'intoxication aiguë par l'alcool.

Les désordres pathologiques, qui résultent de l'intoxication chronique par les boissons spiritueuses, portent aussi sur tous les appareils de l'économie.

L'abus prolongé des boissons alcooliques détermine, dans les fonctions digestives, toute une série de désordres qui commencent par la perte de l'appétit et la dyspepsie, aboutissent le plus souvent à la gastrite alcoolique simple, et, dans certains cas, à la gastrite alcoolique ulcéreuse. Des ulcérations semblables ont été signalées aussi dans l'œsophage et le duodénum.

Le foie ne tarde pas à prendre part à ces désordres. La congestion conduit facilement à la cirrhose, le plus souvent à la forme atrophique de Laennec, parfois à la forme hypertrophique de Hanot. Une autre forme de lésion du foie, que l'on rencontre communément dans l'alcoolisme chronique, c'est la stéatose.

Le péritoine présente aussi souvent des altérations importantes.

La laryngo-trachéite alcoolique se révélant presque toujours par une altération particulière de la voix, qui devient rauque, rude et caverneuse, est de notion vulgaire.

On a signalé la congestion sanguine des bords postérieurs et de la base des poumons, en particulier dans le délirium tremens.

Les pleurésies, les péricardites, les aortites, les néphrites, dues à l'alcool, sont connues, de même que l'atrophie des organes génitaux chez l'homme et les troubles de la menstruation chez la femme.

Mais, de tous les systèmes organiques, c'est sans aucun doute le système nerveux qui est atteint le plus fréquemment par l'alcoolisme. La pachyméningite hémorrhagique, l'hémorrhagie cérébrale, le ramollissement cérébral, les convulsions, l'épilepsie alcoolique ou absinthique, sont des affections couramment observées chez les buveurs. L'alcoolisme est souvent invoqué dans les affections de la moelle et comme cause de l'aliénation mentale. Si, encore, l'alcoolisme n'atteignait que l'ivrogne seul, mais malheureusement il frappe de la façon la plus cruelle sa descendance.

Comme moyen prophylactique, M. Joffroy réclame la limitation du nombre des débits en restreignant le commerce des alcools et améliorant leur fabrication, et, comme moyen curatif, la création « de la maison d'abstinence et de travail » pour les alcooliques valides, « l'hôpital d'abstinence » pour les alcooliques malades, et enfin « l'asile d'abstinence » pour les alcooliques aliénés. Déjà, dit-il, le conseil général de la Seine a voté les fonds nécessaires pour l'édification de l'asile d'abstinence. Il faut espérer qu'on n'en restera pas là et que dans un avenir prochain le conseil municipal de la Seine complètera cette œuvre de progrès par la création de l'hôpital d'abstinence et de la maison d'abstinence et de travail.

Ch. Amat.

THÉRAPEUTIQUE PRATIQUE

Du régime alimentaire dans la fièvre typhoïde.

La fièvre typhoïde, par sa durée, par les délabrements qu'elle occasionne, les récidives et les terminaisons imprévues qu'elle offre, est une maladie délicate à soigner, non pas tant par le choix des médicaments qu'elle comporte, que par les conditions hygiéniques dans lesquelles le médecin doit placer son malade. Il faut bien l'avouer, nous n'arrivons, — même par les antiseptiques, qui, au début, semblaient donner de si bons résultats, — qu'à pallier aux accidents ; nous avons déjà exposé, dans un précédent numéro de la *Clinique française*, les principaux modes de thérapeutique; nous allons aujourd'hui donner quelques notions sur l'hygiène et surtout sur l'*alimentation*, dans une affection où l'intestin est l'organe qui offre le plus de lésions.

Pendant la fièvre typhoïde, le médecin devra exiger de l'entourage une surveillance rigoureuse sur l'alimentation du malade. Tout le monde sait combien cela est difficile à faire observer aux typhiques et même aux parents. Nous ne sommes plus de l'opinion de Grisolle qui considérait, *quelle que soit la forme de la maladie, la diète comme nécessaire dans la première et souvent aussi dans la seconde période*, et qui n'admettait les boissons alimentaires, le bouillon, que dans le cas de tendance à la prostration. En effet, avec Jaccoud, le dothiénenterie est entrée dans une ère nouvelle. On cherche à lutter contre les symptômes adynamiques et contre l'infection. Nous n'avons fait depuis que perfectionner cette méthode, et maintenant on *nourrit un malade atteint de fièvre typhoïde*.

On donnera donc des toniques, comme l'extrait de quinquina, l'alcool, le vin de Bordeaux, le bouillon de bœuf et le lait; on n'ose pas risquer l'ingestion de la viande, parce que les malades, mâchant très mal, avaleraient fatalement des parcelle alimentaires non broyées qui pourraient aller déterminer une perforation intestinale. Il existe heureusement des toniques qui ne présentent pas ces inconvénients, *l'élixir alimentaire Ducro, par exemple*, préparé à l'aide de macérés légèrement alcooliques de viande crue hachée.

Il est une recommandation que Grisolle faisait, c'était de ne pas contrarier l'appétit des malades ; l'*élixir Ducro*, grâce à son goût agréable, emprunté aux zestes des écorces d'oranges amères, est accepté avec plaisir par tous les malades. Ils refuseraient assurément le jus de viande pressurée, on le produit de la marmite américaine, mais accepteront toujours l'*élixir Ducro*. Nous ne voudrions pas paraître apporter du parti pris, mais il est bien certain que les peptones ou les poudres de viande ne peuvent être considérées comme un aliment parfait. Ce sont des produits qui fer-

mentent facilement et qui ont une odeur très désagréable. Or, on sait qu'il faut compter avec le goût d'un malade et la tolérance de son intestin à l'égard des toxines que peut renfermer un produit fermenté.

Ce procédé d'alimentation du malade (nons ne disons pas de suralimentation) donne des résultats excellents; il n'y a qu'à s'en rapporter aux statistiques anciennes qui donnaient 19 0/0 de mortalité, tandis qu'avec la méthode de Jaccoud on n'en a que 11 0/0.

L'élixir Ducro se prend par cuillerées à café chez l'enfant et par cuillerées à soupe chez l'adulte. On peut aller de 2 à 4 ou 6 cuillerées en ayant soin de tâter la susceptibilité du malade; on peut le mélanger avec un peu d'eau.

Dans la convalescence, l'alimentation joue un rôle très important. On a en effet à prévenir des rechutes et à lutter contre l'appétit d'un malade où le besoin d'aliments est pressant et peut, selon le mot d'Hutinel, se traduire *par une sensation de faim qui peut aller jusqu'au délire*.

L'alimentation solide est toujours dangereuse; on n'y arrivera donc que graduellement; il sera plus facile d'y arriver, si l'on a eu soin, pendant la maladie, de nourrir le malade. Pour Réveillé-Parise, le convalescent doit *manger peu et souvent*. On pourra donc donner des potages légers, du tapioca et surtout du lait (G. Sée). Un peu plus tard on donnera des œufs (4e jour de la convalescence) et vers le 8e jour, de la viande, en recommandant de bien la mâcher. Il faudra éviter l'absorption de corps durs (un pépin, un noyau, un petit os); une perforation pourrait s'en suivre.

Dumont-Pallier recommandait la pulpe de viande. N'est-il pas plus rationnel de donner l'*élixir alimentaire Ducro*, au moins au début de la convalescence? On donne en même temps de l'alcool sous forme de grogs, de vin vieux: là encore l'*élixir Ducro* trouvera son emploi.

Enfin, dès que le malade pourra se lever, on recommandera les promenades, d'abord en voiture, puis à pied. Elles rétablissent la circulation, facilitent les excrétions et stimulent l'appétit.

(*La Clinique française.*)

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

1er trimestre de l'année scolaire 1895-96.

Inscriptions, consignations et travaux pratiques.

I. Inscriptions.

Le registre d'inscriptions sera ouvert le 11 octobre. Il sera clos le 9 novembre, à 3 heures.

Les inscriptions seront délivrées dans l'ordre ci-après, de midi à 3 heures de l'après-midi :

1° Inscriptions de 1re année (Voir l'affiche spéciale) ;

2° Inscriptions de 2e, 3e et 4e années, du 11 octobre au 9 novembre 1895 (excepté les lundis et mardis).

MM. les étudiants sont tenus de prendre leur inscription aux jours et heures ci-dessus désignés. L'inscription trimestrielle ne sera accordée en dehors de ces dates que pour des motifs sérieux et appréciés par le conseil de la Faculté.

MM. les étudiants sont priés de déposer, deux jours à l'avance, leur feuille d'inscriptions chez le concierge de la Faculté; il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au secrétariat pour prendre leurs inscriptions.

II. Consignations pour examens.

Les bulletins de versement des droits de consignation pour tous les examens seront délivrés, à partir du 7 octobre, le lundi et le mardi de chaque semaine, de midi à 3 heures.

En ce qui concerne le premier examen de doctorat et les examens de fin d'année (officiat), les bulletins de versement ne seront délivrés que le 7 et le 8 octobre, conformément à l'avis déjà donné au mois de juillet.

Les consignations pour examens de fin d'année (officiat) ne seront reçues que sur présentation d'une autorisation spéciale. Sont dispensés de cette autorisation les élèves ajournés en juillet 1895.

III. Travaux pratiques.

Les travaux pratiques sont obligatoires ou facultatifs.

Ils sont obligatoires pour tous les étudiants aspirant au doctorat ou à l'officiat.

Ils sont facultatifs pour les étudiants ayant 16 inscriptions.

Les droits afférents aux travaux pratiques obligatoires sont soldés en prenant l'inscription trimestrielle correspondante.

Sont admis à prendre part aux travaux pratiques facultatifs, à la condition d'y être autorisés par M. le doyen sur leur demande écrite :

1° Les étudiants ayant 16 inscriptions ;

2° Les étudiants en cours irrégulier d'études ;

3° Les docteurs français ;

4° Les docteurs et étudiants en médecine étrangers à la Faculté.

L'autorisation est valable pour la durée de l'année scolaire.

Les droits sont de 40 fr. payables en une fois.

(Des affiches ultérieures feront connaître la date d'ouverture des travaux pratiques.)

IV. Cartes d'étudiants.

Les cartes d'étudiants, pour l'année scolaire 1895-96, seront délivrées, contre la remise de la carte précédente; au secrétariat de la Faculté : 1° au moment de la prise de l'inscription pour les étudiants entrant en 2e, 3e ou 4e année; 2° les lundis et mardis pour les étudiants ayant 16 inscriptions.

MM. les étudiants qui désireraient la carte avec photographie feront coller la photographie au verso de cette carte, qu'ils présenteront ensuite au guichet n° 4, les lundi ou mardi, de midi à 3 heures, pour apposition du cachet de la Faculté.

Exercices de dissection.

Sous la direction de M. Poirier, agrégé, chef des travaux anatomiques.

1° Elèves de l'ancien régime.

(Inscrits avant le 1er octobre 1895.)

Les élèves de seconde année doivent, avant d'être admis à disséquer, subir l'examen préalable d'ostéologie.

Ils sont invités à se faire inscrire dans le plus bref délai à l'Ecole pratique, 15, rue de l'École-de-Médecine, au bureau du chef de matériel, de midi à 4 heures.

Les démonstrations d'ostéologie commenceront le 14 octobre.

Les élèves qui prennent part à ces démonstrations sont invités à se faire délivrer la 5e inscription, s'ils veulent conserver leur place et être admis à l'examen d'ostéologie.

Les pavillons de dissection seront ouverts à partir du 11 novembre, tous les jours, de midi à 4 heures.

Les prosecteurs chefs de pavillon et les aides d'anatomie dirigent et surveillent les travaux des élèves. Ils font une démonstration quotidienne dans chaque pavillon.

a) Les étudiants de 1re année ne prennent point part aux travaux anatomiques ;

b) Les exercices de dissection sont obligatoires pour tous les étudiants de 2e et de 3e années; les inscriptions ne leur sont point accordées sans certificat de dissection, et ils ne peuvent être admis à subir le 2e examen de doctorat (anatomie) s'ils n'ont disséqué deux semestres d'hiver complets;

c) Pour les autres étudiants et les docteurs, les exercices de dissection sont facultatifs. S'ils désirent y prendre part, ils devront se munir d'une autorisation du doyen.

La mise en série sera faite dans l'ordre suivant :

1° Elèves obligés, 2e et 3e années (suivant la date de leur inscription à l'Ecole pratique);

2° Elèves non obligés et docteurs (suivant la date de leur inscription à l'Ecole pratique).

Nota. — Nul ne peut être admis à l'Ecole pratique d'anatomie s'il ne s'est fait préalablement inscrire au bureau du chef de matériel et n'a reçu une carte d'entrée.

Ce bureau, 15, rue de l'École-de-Médecine, sera ouvert tous les jours de midi à 4 heures, jusqu'au 15 novembre.

Pour recevoir une carte d'entrée, chaque étudiant devra présenter :

1° Sa feuille d'inscription mise à jour par le secrétariat de la Faculté (5e inscription pour 2e année, 9e inscription pour 3e année, inscriptions prises aux dates indiquées par l'affiche spéciale du 1er trimestre 1895-1896).

2° La quittance constatant le payement des droits.

Passé le 15 novembre, nul ne pourra être admis à l'Ecole pratique d'anatomie sans une décision spéciale.

2° Elèves du nouveau régime.

(Inscrits à partir du 1er octobre 1895.)

Les élèves de première année (nouveau régime) doivent, avant d'être admis à disséquer, subir l'examen préalable d'ostéologie.

Ils seront appelés à prendre part aux démonstrations d'ostéologie, d'après l'ordre de la prise de la 1re inscription.

Ces élèves ne se feront pas inscrire à l'Ecole pratique : ils recevront une lettre de convocation individuelle.

Legs.

Par décret, le doyen de la Faculté de Paris est autorisé à accepter, au nom de cet établissement, aux clauses et conditions énoncées dans le testament, le legs fait par M. Ch.-J. Mautter, de la nu-propriété de l'actif net de sa fortune dont le revenu converti en rentes 3 0/0 sera employé, à dater du décés de l'usufruitier, à la fondation d'un prix annuel en faveur d'une femme-médecin, auteur d'un ouvrage sur les maladies des enfants.

HOPITAUX DE PARIS

Nomination des assistants de consultation.

Services de médecine.

Dans les quatre hôpitaux suivants ce sont des *médecins des hôpitaux* qui sont chargés de la consultation; ils sont désignés pour un an et, en cas d'absence, remplacés par des assistants de consultation suppléants nommés pour deux ans :

Hôtel-Dieu : M. Dalché (suppléant non encore désigné).
Beaujon : M. Launois (suppléant, M. Raymond).
Cochin : M. Lebreton (suppléant non encore désigné).
Sain.-Antoine : M. Wurtz (suppléant non encore désigné).

Au service de la consultation dans les autres hôpitaux ci-dessous indiqués sont attachés un assistant titulaire et un suppléant nommés pour deux ans :

Charité : M. Gallois (suppléant non encore désigné).
Lariboisière : M. Jacquet (suppléant non encore désigné).
Necker : M. Méry (suppléant M. Weber).
Pitié : M. Capitan (suppléant non encore désigné).
Tenon : M. Duplaix (suppléant non encore désigné).
Laënnec : M. Tissier (suppléant, M. Aviragnet).
Bichat : M. Barbier (suppléant, M. de Grandmaison).
Broussais : M. Lyon (suppléant, M. Laffitte).
Andral : M. Polguère (suppléant non encore désigné).

Services de chirurgie.

Dans les huit hôpitaux suivants ce sont des *chirurgiens des hôpitaux* qui sont chargés de la consultation; ils sont désignés pour un an et, en cas d'absence, remplacés par des assistants de consultation suppléants nommés pour deux ans :

Hôtel-Dieu : M. Ricard (suppléant, M. Macquart-Moulin).
Charité : M. Demoulin (suppléant non encore désigné).
Saint-Antoine : M. Walther (suppléant, M. Conzette).
Beaujon : M. Michaux (suppléant, M. Bernard).
Lariboisière : M. Beurnier (suppléant, M. Manson).
Necker : M. Faure (suppléant non encore désigné).
Saint-Louis : M. Legueu (suppléant non encore désigné).
Cochin : M. Sebileau (suppléant non encore désigné).

Au service de la consultation dans les autres hôpitaux ci-dessous indiqués sont attachés un assistant titulaire et un suppléant nommés pour deux ans :

Laënnec : M. Villemin (suppléant non encore désigné).
Pitié : M. Mauclaire (suppléant non encore désigné).
Tenon : M. Paul Delbet (suppléant non encore désigné).
Broussais : M. Morestin (suppléant non encore désigné).
Bichat : M. Péraire (suppléant, M. Reymond).
Salpêtrière : M. Chipault (suppléant non encore désigné).
Broca : M. Jayle (suppléant non encore désigné).

Il reste encore à pourvoir à un certain nombre de places d'assistants de consultation suppléants dans les services de médecine et de chirurgie.

MM. les docteurs en médecine pouvant justifier de quatre années d'internat dans les hôpitaux de Paris qui désireraient obtenir un poste d'assistant de consultation suppléant de médecine ou de chirurgie, sont invités à adresser, avant le 1er octobre prochain, dernier délai, leur demande à M. le directeur de l'administration générale de l'Assistance publique, en l'appuyant des titres et des références qu'ils pourraient avoir à produire.

Les assistants spéciaux pour les consultations de dermatologie de l'hôpital Saint-Louis seront nommés au mois de novembre prochain.

NOUVELLES

Habitations à bon marché

Un décret, en date du 21 septembre 1895, portant réglement d'administration publique pour l'exécution de la loi du 30 novembre 1894, relative aux habitations à bon marché, contient les articles suivants qui concernent le corps médical :

Art. 15. — Dans chaque canton où des habitations à bon marché seront construites, il sera désigné, par le préfet, un ou plusieurs médecins visiteurs assermentés et chargés d'examiner les proposants.

Leur serment sera reçu soit par le préfet ou le sous-préfet, soit par le juge de paix du canton où résidera le médecin.

Le tarif de la visite médicale sera fixé par un arrêté du préfet du département.

Art. 16. — Le proposant, s'il n'est pas personnellement connu du médecin visiteur, doit se présenter chez celui-ci, assisté d'un délégué de la Société de construction ou de crédit, ou de deux témoins imposés au rôle des contributions directes de la commune, qui attesteront l'identite du proposant sur le questionnaire destiné à recevoir les résultats de l'examen du médecin.

Art. 17. — Après que les témoins se sont retirés, le médecin visiteur adresse au proposant les questions contenues dans la première partie du questionnaire et il consigne les réponses qui lui sont faites; il fait signer cette première partie par le proposant après lui en avoir donné connaissance. Si ce dernier ne peut ou ne sait signer, le médecin en fait mention. Il procède ensuite à l'examen médical, inscrit le résultat de ses observations dans la seconde partie du questionnaire, signe et adresse le tout au directeur général de la Caisse des Dépôts et Consignations.

(*Semaine Médicale.*)

Centenaire de la découverte du vaccin.

La Société russe de la santé publique va fêter le centenaire de la découverte de Jenner. A cet effet, un concours est ouvert pour prix aux meilleurs travaux sur la variole et la vaccination. Les questions de ce concours sont :

1° Question d'ordre général : manuels de vaccination préventive; travaux sur l'historique, la géographie et la statistique de la variole et de la vaccination; recherches cliniques anatomo-pathologiques, bactériologiques, cliniques, etc., sur la vaccination préventive; travaux de vulgarisation sur l'utilité de la vaccination.

2° Technique de la vaccination : travaux et articles sur les perfectionnements dans la technique de la préparation, la conservation, le transport du vaccin; invention de nouveaux instruments et amélioration des anciens, ainsi que des différents appareils et objets employés pour la vaccination de l'homme et des animaux; projet d'installation d'un Institut modèle de vaccination. Le programme de ce paragraphe est des plus larges.

Les ouvrages et articles peuvent être écrits en russe, français, allemand et anglais. Ils peuvent être présentés en manuscrits ou imprimés, mais alors pas plus tard que le 2 mai 1894. Ils doivent être présentés ou envoyés jusqu'au 2 mars 1896 à l'adresse suivante : Au conseil de la Société russe de surveillance de la santé publique, Saint-Pétersbourg Dmitrovsky pereoulok, n° 15.

Une commission spéciale choisie par le conseil de la Société sera chargée de la lecture et de l'appréciation des ouvrages présentés.

La distribution des prix aura lieu le jour même du centenaire, le 2 mai 1896, à la séance solennelle plénière de la Société.

Les candidats peuvent envoyer leurs ouvrages soit signés, soit sans signature, avec une enveloppe portant une devise et contenant le nom de l'auteur.

Les prix sont au nombre de quatre :

Premier prix : médaille d'or et 1,000 roubles.

Second prix : médaille d'or.

Troisième prix : petite médaille d'or.

Quatrième prix : médaille d'argent.

Les noms des auteurs ayant obtenu les prix seront publiés dans les principaux journaux russes.

Distinctions honorifiques (Epidémie de typhus à Bougie).

Médaille d'or. — M. Legrain, médecin de colonie à Takiount.

Médaille de vermeil. — M. Le Breton, médecin suppléant de Bougie.

Médaille de bronze. — M. Voillot, ancien préparateur d'anatomie générale à la Faculté de Lyon. Mission au Brésil, et en particulier à Santos, pour l'étude de la fièvre jaune.

NOTES POUR L'INTERNAT

PHYSIOLOGIE DE LA GLANDE SOUS-MAXILLAIRE

L'étude physiologique de la glande sous-maxillaire comporte la solution des questions suivantes :

1° Quels sont les caractères de la salive sous-maxillaire?

2° Dans quelles conditions et à quel moment la salive sous-maxillaire est-elle sécrétée?

3° Quel est le rôle de la salive sous-maxillaire?

4° Quels sont les phénomènes de la sécrétion sous-maxillaire?

A. Quels sont les caractères de la salive sous-maxillaire?

Elle est : *physiquement*, liquide, légèrement filante, visqueuse, limpide, se troublant un peu à l'air, moins dense que la salive mixte, alcaline; *chimiquement*, composée de 4 à 8 pour mille de matières solides qui sont : le chlorure de calcium et de sodium, le carbonate et le phosphate de chaux et de magnésie, et trois ferments salivaires : la ptyaline de Conheim, le ferment diastasique de von Vittisch et le ferment peptogène de Hufner; *microscopiquement*, privée d'éléments morphologiques à l'état normal, mais remplie, à l'état expérimental, d'éléments épithéliaux, de leucocytes et de blocs albumineux, provenant, sans doute, les uns et les autres, de l'état catarrhal consécutif à l'introduction de la canule dans le canal de Wharton. De nombreux parasites s'y cultivent dans la bouche.

B. Dans quelles conditions et à quel moment la salive sous-maxillaire est-elle sécrétée?

La sécrétion de la salive sous-maxillaire est continue, mais cette sécrétion augmente beaucoup pendant les repas. Il est donc très difficile de dire quelles proportions la salive sous-maxillaire fournit en 24 heures à la salive mixte, dont la quantité moyenne peut être évaluée, chez l'homme, à un litre. Toute excitation de la muqueuse linguale, la mastication, la nature des aliments influent sur la quantité de salive sous-maxillaire sécrétée : ainsi, chez le cheval, cette quantité est plus considérable quand l'animal mange de l'avoine, qu'elle ne l'est quand il mange du foin (Colin).

C. Quel est le rôle de la salive sous-maxillaire?

La salive sous-maxillaire a un triple rôle : 1° dans la mécanique de la mastication; 2° dans la gustation; 3° dans les modifications chimiques des aliments.

1° *Dans la mécanique de la mastication.* — Il est évident que la salive sous-maxillaire dissout les parties solubles et imbibe les substances alimentaires.

2° *Dans la gustation.* — Pour C. Bernard, la salive sous-maxillaire joue un rôle presque exclusif dans la gustation. Cette opinion est basée sur les constatations suivantes : 1° la glande sous-maxillaire fait défaut chez les animaux privés de gustation (oiseaux); 2° la sécrétion ne se produit pas durant la mastication mérycique des ruminants. Il y a pourtant, dans cette opinion absolue, quelque chose d'exagéré, car : 1° la glande sous-maxillaire a une sécrétion continue; 2° elle sécrète pendant la mastication à vide; 3° elle sécrète un peu durant la rumination. Mais, malgré cela, il est certain que la salive sous-maxillaire est surtout destinée à favoriser la gustation des aliments.

3° *Dans les modifications chimiques des aliments.* — On n'a guère étudié que le rôle chimique de la salive mixte mais, comme la sous-maxillaire renferme, ainsi que la sublinguale, plus de ptyaline que la salive parotidienne, se demander quelle est l'action chimique de la salive mixte, c'est se demander, en fait, quelle est celle de la salive sous-maxillaire. Or, on est d'accord sur ceci : 1° action nulle sur les matières grasses; 2° action nulle sur les matières azotées; 3° action dissolvante sur le sucre de canne. Mais on ne s'entend pas sur le point suivant : transforme-t-elle l'amidon en glycose? Pour les uns, oui; pour les autres, non.

Les *premiers* étaient leur opinion sur les faits suivants :

1° La ptyaline manque dans la salive des enfants à la mamelle jusqu'au moment où ils se nourrissent de féculents et où apparaissent les dents. (Bidder.)

2° La salive sous-maxillaire recueillie avec précaution saccharifie rapidement l'empois. (Longuet.)

3° Le tissu de la glande sous-maxillaire infusé possède des propriétés diastasiques évidentes.

Les *seconds* (C. Bernard) allèguent à l'appui de leur thèse les données suivantes :

1° L'amidon cru (nourriture des herbivores) est inattaquable par la salive.

2° Les herbivores, qui ont une alimentation féculente, ont une salive dont l'action est nulle sur l'amidon, même cuit, tandis que les carnivores, qui ont une nourriture animale, ont une salive qui agit sur l'amidon cuit.

3° L'amidon reste trop peu de temps dans la bouche pour qu'une action chimique y soit possible : or, dans l'estomac, l'acidité des sécrétions détruirait cette action prolongée de la salive sur les amidons.

4° Bien d'autres tissus que le tissu de la glande sous-maxillaire peuvent, infusés, avoir la même action diastasique que lui, à la condition que, pour les uns et les autres, cette infusion ait déjà commencé à subir la décomposition. Il s'agit là de quelque-chose d'analogue au phénomène qui veut qu'un lavement d'amidon soit souvent rendu à l'état d'eau sucrée, ainsi qu'une injection d'eau amidonnée dans la vessie.

5° Toute matière azotée en décomposition est un ferment diastasique. C'est ainsi qu'agit la salive, qui ne devient saccharifiante qu'en s'altérant dans la bouche, si bien que sa prétendue action chimique est exclusivement due aux éléments de la fermentation qu'elle contient.

La vérité est qu'il y a, au point de vue de l'action chimique de la salive, une grande inégalité entre les animaux. Chez la plupart, la salive sous-maxillaire a une action, mais une action lente sur l'amidon, action qui se prolonge dans l'estomac et que n'empêche pas l'acidité des liquides gastriques (Schwann, Frensch, Ustein).

(*A suivre.*) P. S.

Le Directeur-Gérant : F. de Ranse.

Société nouvelle de l'Imprimerie Schiller (en formation). — Bourgeois. Paris. — 10, rue du Faubourg-Montmartre.

66e Année. 9e Série. Tome II — N° 41 — 12 Octobre 1895

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : **Dr F. de RANSE** — *Rédacteur en chef :* **Dr Pierre SEBILEAU**

Secrétaire de la Rédaction : **M. Em. EMERY**

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 28, rue Vignon

PASTEUR

La mort de Pasteur a provoqué dans tous les journaux, jaloux de payer un tribut d'admiration au génie qui disparaissait, des articles élogieux et chacun, embarrassé par la grandeur de l'œuvre, n'a pu trouver de nouveaux qualificatifs pour rendre hommage à l'homme et aux services rendus. Aussi, de tous les éloges justement décernés, est-ce celui que M. Bertrand a adressé à Pasteur dans l'amphithéâtre de la Sorbonne, en lui disant : « Mon cher Pasteur, vous êtes un grand homme », qui a paru à tous le mieux approprié. Jamais, en effet, homme n'a apporté dans ses recherches une intelligence plus considérable, une méthode plus certaine et n'a rendu, avec l'abnégation et le désintéressement d'un saint, de tels services à l'humanité. Par ses travaux, Pasteur a changé l'orientation de la médecine et l'a placée dans une voie féconde en résultats pratiques, dont ont bénéficié et continuent à bénéficier la médecine et la chirurgie. Ces résultats paraissent aujourd'hui si simples, parce qu'ils sont une émanation de la vérité, que les générations qui débutent aujourd'hui dans la carrière médicale, ont peine à s'imaginer que leur acceptation ne remonte pas au delà de quelques années. Pasteur a parachevé le but que s'était proposé Cl. Bernard : faire de la médecine une science exacte et lui faire abandonner l'ornière de l'empirisme où elle croupissait ; il y est arrivé en apportant dans la recherche de la cause des maladies la précision scientifique, l'observation rigoureuse débarrassée de toute idée préconçue, métaphysique, qu'il avait employée en chimie. Nous ne pouvons parler ici de ses premiers travaux, nous ne nous attacherons qu'à ceux qui concernent la médecine. Leur nombre est considérable et chacun peut constituer un titre à la reconnaissance des hommes.

Pour apprécier l'immensité des découvertes faites par Pasteur dans le domaine des sciences médicales, il suffit de jeter un coup d'œil sur les chapitres étiologie et pathogénie des maladies infectieuses dans les livres de médecine remontant seulement à quelques années et encore imprégnés de l'influence hippocratique. La mise en évidence des microbes, la connaissance des diverses particularités de leur existence et de leur action sur les animaux sont venues renverser toutes les hypothèses émises, sans raison, sur la pathogénie des infections. L'explication de leurs modes d'apparition, de leur contagion, de leur expansion a été tellement modifiée, simplifiée, que pendant de nombreuses années, il s'est trouvé beaucoup de médecins pour refuser avec acharnement et passion d'accepter cette transformation, cette révolution dans leurs idées. Aujourd'hui, par contre, quel revirement, quel contraste ! et quel médecin oserait, sans paraître ridicule ou rechercher dans une vaine opposition une popularité toujours facile à acquérir près des masses ignorantes, s'inscrire contre les faits mis en évidence par Pasteur et ne pas reconnaître que c'est grâce à lui qu'ont été transformées et illuminées les parties les plus obscures de toute infection : l'étiologie et la thérapeutique. Nous ne pouvons faire à cette place un exposé des travaux de Pasteur : un volume n'y suffirait pas. Nous nous contenterons de rappeler quelles profondes transformations ont fait subir ses recherches aux diverses branches de la médecine. Ne suffit-il pas en effet, pour montrer cette influence, de rappeler quelques expériences fondamentales, et certes, ce n'est pas là le caractère le moins intéressant à relever dans cette œuvre gigantesque que la simplicité et le petit nombre des démonstrations pour asseoir une conclusion toujours inébranlable.

Cagniard-Latour, en 1825, avait observé la multiplication des globules de la levure dans la fermentation alcoolique, et en avait déduit que c'est sans doute par quelque effet de sa végétation et de sa vie que la levure fait fermenter le sucre. Malheureusement, Cagniard-Latour, pour démontrer le fait qu'il avance, n'apporte aucune expérience décisive. Son idée n'est pas admise et pendant de longues années, on accumule hypothèse sur hypothèse pour expliquer le phénomène. Pour Liebig, triomphateur éphémère, le développement des êtres organisés dans une fermentation est accidentel et nuit au phénomène. Le ferment est une substance excessivement altérable qui se décompose et qui excite la fermentation par suite de l'altération qu'elle éprouve elle-même, en ébranlant par communication et désassemblant le groupe moléculaire de la matière fermentescible. C'est là, pour lui, la cause de toutes les fermentations et l'origine de la plupart des maladies contagieuses. En 1857, Pasteur, qui déjà avait observé l'influence d'infiniment petits distincts dans la formation des deux acides

tartriques droit et gauche, est indirectement conduit par cette dissymétrie moléculaire à l'étude des fermentations. La question presque aussitôt abordée est résolue, et par une seule expérience donne une théorie inattaquable. Dans la fermentation alcoolique, la dislocation chimique des molécules du sucre est fonction d'agents vivants. Pour le démontrer, Pasteur prend un milieu renfermant du sucre et divers éléments minéraux. Le tout est chauffé, stérilisé dans un vase bien bouché. Aucun phénomène anormal ne se produit jusqu'au moment où on y introduit quelques globules de levure comme semence. A partir de ce moment, la fermentation commence et le sucre disparaît, laissant à sa place de l'alcool parfaitement pur, pendant que la levure s'est multipliée. Pour mettre en train une fermentation nouvelle, il suffit dès lors d'emprunter la semence à une fermentation ancienne pour reproduire les mêmes phénomènes de décomposition chimique. Ceci, comme l'a dit M. Duclaux, a lieu depuis des siècles, et la levure dont nous nous servons paraît descendre de celle qu'employaient, il y a six mille ans, les brasseurs de l'antique Egypte, par une série de générations et de cultures. Ce qui est vrai pour la levure l'est aussi pour les divers agents pathogènes. Cette expérience capitale contenait en germe toute la science bactériologique, puisqu'elle mettait en évidence l'existence d'infiniment petits dont l'énorme pullulation amenait par suite de leurs aptitudes physiologiques la décomposition des milieux nutritifs, la possibilité de faire reproduire ces germes d'une façon pour ainsi dire indéfinie par la transplantation dans un nouveau milieu d'une parcelle impondérable empruntée à une culture antérieure, enfin la conservation quasi-éternelle des matières organiques placées dans des flacons stérilisés par la chaleur.

Appliquant ce mode d'investigation et d'analyse à d'autres fermentations, Pasteur put, en 1861, faire voir que l'agent de transformation de l'acide du lait aigri, ou acide lactique, en acide du beurre rance ou acide butyrique, était un infiniment petit. Cette démonstration des effets de ces microorganismes dans les fermentations fut pour Davaine, qui, dès 1851, avait constaté, par l'examen au microscope du sang d'animaux morts du charbon, l'existence de petits corps filiformes, un trait de lumière : il se demanda si la cause du sang de rate, l'agent de transport de la maladie d'une bête à une autre, ne serait pas précisément l'analogue de ce bâtonnet isolé par Pasteur dans la fermentation butyrique, la bactéridie qu'il avait observée avec Rayer dix ans auparavant. Ce fut là la première application heureuse des découvertes de Pasteur à la médecine. Ces travaux marquent la date du mouvement scientifique actuel : l'idée de maladie-microbienne, infectieuse, sort définitivement du monde des hypothèses et devint pour ceux qui voulurent voir une réalité. Pasteur ajouta encore à la démonstration de la théorie des germes en anéantissant l'idée de la génération dite spontanée par une expérience simple. Il prend plusieurs ballons à col ouvert, recourbé de diverses manières, et remplis de liquide facilement altérable (eau sucrée, lait, urine). Les uns sont chauffés, stérilisés ; les autres pas. Les premiers restent indéfiniment limpides, les autres se troublent et se couvrent peu à peu de mucors divers. Mais vient-on à détacher le col recourbé des ballons, les poussières tombent dans le liquide et donnent des moisissures. Ces expériences suffisaient donc à prouver que dans l'air, hormis les germes qu'il charrie, il n'y a rien qui soit une condition de vie. L'hygiène, la médecine, la chirurgie ne devaient pas tarder à s'emparer de ces données.

Par l'étude de la maladie des corpuscules (1865), Pasteur montra ce que pouvait donner cette nouvelle méthode d'analyse des infections, puisqu'après avoir montré la nature parasitaire de l'affection, il put fixer mathématiquement les conditions à remplir pour la prévenir. La thérapeutique préventive des infections était créée. Chaque partie de son travail, modèle que tous les bactériologues ont suivi depuis, marque une étape vers cette solution. Pasteur, en effet, démontra successivement que le corpuscule est un microbe étranger au ver ; qu'introduit dans son économie il reproduit la maladie et que celle-ci, analogue à la syphilis, est non seulement contagieuse, mais héréditaire. Pour faire disparaître l'infection, il suffit donc, après avoir désinfecté les magnanerics, de ne plus laisser éclore que des œufs exempts de corpuscules. La flacherie permit à Pasteur de mettre en évidence le rôle respectif du terrain et de l'agent infectieux, de relier l'ancienne étiologie à la doctrine microbienne. Les influences banales du froid, de l'humidité, du manque d'aération, ne font que diminuer la résistance de l'animal qui, dès lors, amoindri, se laisse envahir par le bacille toujours présent sur les feuilles fermentées.

L'étude des maladies des vins et de la bière, faite toujours avec la même méthode, vint généraliser les conclusions que Pasteur avait tirées de ses travaux sur les fermentations (1865). Ces maladies sont, elles aussi, occasionnées par des agents parasitaires et, de même qu'il suffisait de chauffer le moût de bière ensemencé avec la levure pour anéantir toute fermentation, il suffit, pour faire disparaître les agents qui altèrent les vins, de soumettre ces derniers au chauffage. Les vins chauffés peuvent ainsi conserver indéfiniment leur pureté, s'ils sont toujours maintenus au contact d'un air filtré, stérilisé. Le problème de la conservation des vins, de leur transport facile dans tous les pays du monde, sans vinage préalable, était résolu de la manière la plus complète et la plus satisfaisante.

Le charbon, le choléra des poules, le vibrion septique, le rouget des porcs furent l'objet de mémoires nombreux. Chaque fois, par la méthode des cultures successives, l'isolement du microbe, la reproduction de la maladie dans le corps des animaux, Pasteur arrive à déterminer l'agent pathogène, à reconnaître ses aptitudes biologiques, sa vie aérobie ou anaérobie (1878). C'est en fixant ainsi les modifications subies par les microbes dans leurs milieux de cultures que Pasteur arriva à la plus grande conquête de sa doctrine. Il constata que des cultures anciennes du choléra des poules ne provoquaient plus qu'une maladie atténuée dans ses symptômes et qui pourtant donnait l'immunité. La virulence d'un même virus n'est donc pas fixe, elle est en perpétuel devenir. Le virus ne constitue pas une entité, il est au contraire en état de variation continue, et, si l'on prend un virus très affaibli qu'on inocule à plusieurs reprises, on peut immuniser l'animal sans développer chez lui des phénomènes réactionnels intenses. C'était là une découverte capitale qui ouvrait les plus larges horizons sur la thérapeutique des maladies infectieuses. Analysant le phé-

nomène de la variation de la virulence, Pasteur montre l'influence des agents physico-chimiques, capables de créer de nouvelles espèces microbiennes atténuées qui conservent ces propriétés artificiellement acquises et les transmettent par hérédité à de nouvelles générations. Dès lors, on avait à sa disposition non seulement des bactéries pouvant servir de virus-vaccin, mais des virus-vaccins fixés dans leurs germes avec toutes leurs qualités propres, transportables, sans altération possible. Chacun de ces microbes atténués constituait pour le microbe supérieur un vaccin, c'est-à-dire un virus propre à donner une maladie plus bénigne. L'expérience de Pouilly-le-Fort vint démontrer l'importance pratique de la méthode des vaccinations par les virus-vaccins. Les vétérinaires présents, sceptiques au début, devinrent, après la réussite expérimentale, les plus fervents apôtres de la nouvelle doctrine et la confiance de l'un d'eux, le plus sceptique au début, alla jusqu'à vouloir se faire vacciner.

Mais ce fut surtout dans l'étude de la rage que Pasteur put faire l'application de ses idées géniales et l'enchaînement des découvertes accomplies successivement par lui dans ce domaine montre ce que peut donner une méthode certaine qui n'abandonne jamais rien au hasard : c'est par une suite admirable de recherches préméditées que Pasteur fut conduit à trouver le traitement prophylactique de la rage après morsure. En collaboration avec Roux et Thuillier Pasteur montre en 1881 que le virus rabique siège plus particulièrement dans le système nerveux central et que le moyen de supprimer toute incertitude dans le développement du mal à la suite des inoculations ou des morsures rabiques et d'obtenir une durée d'incubation fixe est de pratiquer l'inoculation directe à la surface du cerveau, en ayant recours à la trépanation. En possession de ces deux éléments, véritables axiômes expérimentaux, la matière virulente, dont le déterminisme exact, l'agent pathogène ne lui est pas nécessaire, et l'incubation fixe, Pasteur, après avoir observé que la rage expérimentale peut guérir et créer l'immunité (1882), recherche, en utilisant les données acquises sur les virus-vaccins, si le virus rabique n'est pas lui-même susceptible de virulences variées.

L'impossibilité de recourir au procédé des cultures successives l'oblige, pour obtenir ces virulences graduées, à employer le passage du virus rabique par les diverses espèces animales. Il démontre ainsi que le virus atteint une sorte de fixité propre à chaque race. Pour l'atténuation de la rage des chiens, Pasteur fait alors passer la rage du chien au singe, puis de singe à singe et obtient ainsi un virus qui, reporté sur le chien, reste atténué et crée néanmoins pour l'animal un état réfractaire à la rage des rues.

Pasteur, en 1884, après ces recherches, prescient de l'avenir, termine sa communication sur l'atténuation du virus rabique en disant : « Grâce à la durée d'incubation de la rage à la suite de morsure, j'ai tout lieu de croire que l'on peut sûrement déterminer l'état réfractaire de sujets avant que la maladie mortelle éclate à la suite des morsures. On comprendra que, malgré la confiance que m'inspirent mes nombreuses expériences poursuivies depuis quatre années, ce n'est sans quelque appréhension que je publie aujourd'hui des faits qui ne tendent rien à moins qu'à une prophylaxie possible de la rage. » En 1885, il communique la méthode pour prévenir chez les chiens la rage après morsure en se servant de moelles de lapins morts rabiques, dont on a fait disparaître lentement la virulence. C'est cette même méthode que Pasteur mit en œuvre pour guérir Joseph Meister, et qui depuis, en subissant toutefois quelques modifications, s'est généralisée, sauvant ainsi un grand nombre d'individus. Cette découverte du traitement efficace pour préserver de la rage les personnes mordues par des animaux enragés appartient entière à Pasteur. Ce sont ses propres travaux qui l'avaient préparé à une pareille recherche, et c'est grâce aux ressources inépuisables de son génie expérimental qu'il a pu surmonter toutes les difficultés et qu'il a réussi à trouver cette méthode de traitement.

Cette incursion rapide dans ce domaine scientifique, dont la grandeur stupéfie, montre avec quelle exactitude M. Bergeron appréciait l'œuvre de Pasteur, lorsqu'il disait : « Après avoir par la conception du microbe complètement modifié la science, changé la face de la médecine et permis à la chirurgie d'être impunément téméraire, vous avez fait plus encore, vous avez montré que vos méthodes renferment des promesses en voie de réalisation pour la prophylaxie et la guérison des maladies infectieuses. Vous ne pouvez avoir raison de la mort, puisque c'est une loi commune à tous les êtres vivants, mais vous avez retardé pour des milliers de vies humaines son échéance fatale ».

C'est là médecine, qui, en somme, a le plus bénéficié de ces admirables découvertes. Elles ont, en établissant une étiologie nouvelle, permis d'instituer une prophylaxie et une thérapeutique nouvelles. En 1878, dans son mémoire sur l'influence des découvertes de Pasteur sur les progrès de la chirurgie, Sédillot a montré un des premiers quel rayon de vive lumière a jeté, dans les obscurités et les fausses et contradictoires appréciations où s'égarait la chirurgie; la démonstration des microbes et de leur rôle. L'innocuité et la nocivité de l'air s'expliquent dès lors facilement par l'absence ou la présence d'organismes infectieux. Pour empêcher leur action nocive, il suffit de s'opposer à leur arrivée sur les plaies ou de les détruire par les antiseptiques.

C'est là désormais le principe de tous les moyens de traitement prophylactique ou curatif, de l'asepsie et de l'antisepsie. Guérin déjà, se fondant sur la malignité du contact de l'air, considéré comme agent d'insalubrité, d'infection et de pestilence, avait préconisé son pansement ouaté et proclamé l'innocuité des plaies mises à l'abri de l'air. Mais le pourquoi de cette innocuité lui avait échappé, comme à tous avant Pasteur. Lister, en 1867, comprend la valeur de la découverte de Pasteur et fait connaître sa méthode d'opérations et de pansements phéniqués, conforme aux indications postérieures. A dater de cette époque, la chirurgie n'a cessé de progresser et on a pu assister à la conception et à la naissance d'une chirurgie nouvelle, fille de la science, à laquelle resteront glorieusement attachés les noms de Pasteur et de Lister. La chirurgie se lance dès lors avec la certitude du succès dans des opérations qu'elle ne pouvait tenter autrefois, être curative ou conservatrice à son goût. L'obstétrique a profité des mêmes avantages et l'asepsie des nouvelles accouchées a fait disparaître la fièvre puerpérale.

Ce sont encore les travaux de Pasteur qui dirigent l'hygiène dans ses mesures prophylactiques et qui éclairent

l'étiologie des maladies infectieuses et contagieuses. Les recherches sur les vins, la bière, sur les maladies des vers à soie, sur le charbon, sur le choléra des poules, sur le rouget des porcs ont eu des conséquences incalculables pour la richesse des nations. L'œuvre de Pasteur est donc immense, impérissable. Nul mieux que lui n'a mérité le nom de grand, car il a su créer à la fois une méthode et une théorie nouvelles, une science et ses applications.

J. T.

CLINIQUE MÉDICALE

De la bronchopneumonie pseudo-lobaire.

Par M. Marfan.

Je vous présente une petite fille, âgée de 17 mois, atteinte de bronchopneumonie pseudo-lobaire qui s'est développée au cours d'une gastro-entérite chronique. Il y a environ trois semaines, cette enfant était prise d'une toux sèche, a perdu l'appétit et maigrit considérablement.

A l'aspect extérieur, on constate un certain degré de dyspnée, non pas une dyspnée véritable, accompagnée d'asphyxie, mais une accélération des mouvements respiratoires ; pas de cyanose des membres ni des lèvres.

Comme signes physiques, on trouve, en percutant très doucement, comme il faut toujours le faire chez les enfants, du côté gauche et à la base, une matité très étendue qui arrive presque au sommet. Du côté droit, la matité est beaucoup moins nette.

A l'auscultation, on entend du côté gauche un souffle tubaire très net, surtout marqué à la base, des râles crépitants à la fin de l'inspiration; du côté droit, les râles et le souffle se perçoivent avec plus de difficulté.

Lorsque l'enfant tousse, l'auscultation, tout en étant moins facile à pratiquer, donne des résultats plus nets, ce qui m'amène à vous dire en passant qu'il faut s'habituer à ausculter les enfants quand ils pleurent ou toussent. En présence de ces symptômes, j'ai posé le diagnostic de *bronchopneumonie lobaire*.

Je voudrais vous donner la justification de mon diagnostic et pour le faire je vais vous indiquer la place qu'occupe cette affection parmi les formes anatomiques de bronchopneumonies.

Je prendrai comme type une bronchopneumonie simple, celle qui est due à la pénétration des germes dans les voies respiratoires supérieures — la *bronchopneumonie d'inhalation*, comme on l'appelle aujourd'hui. (Je vous indiquerai plus loin une autre forme de bronchopneumonie, *bronchopneumonie hématogène*.)

D'une façon générale nous savons que toute bronchopneumonie résulte de l'extension du processus inflammatoire et infectieux des grosses bronches aux petites, jusqu'au parenchyme du lobule pulmonaire. Cette pneumonie lobulaire peut affecter plusieurs formes; nous distinguerons *trois stades*.

Stade premier; stade hypérémique et desquamatif. — En effet, on constate à ce degré une congestion plus ou moins intense des capillaires pulmonaires, accompagnée de desquamation et de prolifération de l'épithélium. C'est vous dire qu'à mon avis il n'existe pas de congestion pulmonaire comme unité pathologique; je crois, au contraire, que dans tous les cas où l'on pose le diagnostic de congestion pulmonaire, il y a en réalité une pneumonie épitbéliale avec réplétion considérable des capillaires. Ce premier stade succède à la bronchite.

Par quels signes pourriez-vous constater son existence? A l'auscultation, vous trouverez des râles sous-crépitants et crépitants siégeant aux deux bases des poumons.

Deuxième stade; stade diapédétique. — Représentez-vous qu'il y a certaines petites bronches plus infectées, plus enflammées que les autres, que ces bronchioles deviennent plus dures et forment ce qu'on appelle *les nodules péribronchiques rouges*, et vous aurez le second stade. Je lui ai donné le nom de diapédétique, parce que, à cette période, il se produit une diapédèse considérable de globules rouges.

Les nodules péribronchiques peuvent être disséminés, mais parfois ils sont confluents et forment de véritables masses indurées, — de là le nom de bronchopneumonie pseudo-lobaire, forme qui existe chez notre petite malade.

Comme signes physiques, vous ne trouverez rien de particulier dans la forme à noyaux disséminés; ils seront les mêmes que dans le premier stade, ce qui du reste s'explique par ce fait que ces petits noyaux se perdent, pour ainsi dire, dans la masse pulmonaire et ne peuvent pas modifier notablement les caractères stéthoscopiques.

Dans la forme à noyaux confluents, vous constaterez, au contraire, un *souffle bronchique* et des râles crépitants avec ou sans râles sous-crépitants.

Troisième stade; stade suppuratif. — Ici la diapédèse de globules rouges cesse. Ce sont les globules blancs qui s'accumulent en quantité considérable. Les nodules deviennent gris, gris-blancs; parfois ils forment de véritables petits abcès, ce que les anciens appelaient des *vacuoles*.

Les signes physiques sont les mêmes que dans le deuxième stade; cette forme est ordinairement mortelle.

Pour terminer avec ce chapitre, je tiens à vous faire une remarque très importante au point de vue de l'auscultation.

Au début d'une bronchopneumonie, on entend des râles sibilants et ronflants ; ces râles *peuvent disparaître*, ce qui rend le diagnostic plus aride et fait dire bien souvent qu'il y a congestion pulmonaire. C'est une erreur.

Maintenant que je vous ai montré la place qu'occupe la bronchopneumonie pseudo-lobaire parmi les formes anatomiques de bronchopneumonies, je veux vous donner les raisons qui m'ont amené à faire le diagnostic de bronchopneumonie pseudo-lobaire et non pas celui de pneumonie franche aiguë.

Elles sont au nombre de trois.

Premièrement, la pneumonie franche aiguë est *extrêmement rare* à cet âge.

Ensuite, l'évolution de cette dernière affection, très spéciale chez les enfants de 5 à 6 ans, est rapide ; au bout de quelques jours (de 5 à 6), tout est terminé. Notre petite malade, au contraire, tousse depuis trois semaine. Vous voyez par conséquent que, au point de vue de l'évolution, il n'y a rien de semblable entre les deux affections.

Enfin, en troisième lieu, l'absence des râles de bronchite ne peut pas infirmer mon diagnostic, puisque, comme je vous ai dit tout à l'heure, ces râles peuvent totalement disparaître.

Quelques mots seulement sur les bronchopneumonies hématogènes chez les enfants atteints de gastro-entérite chronique. Cette question a été étudiée surtout dans ces

derniers temps, et on a vu que de différents microbes peuvent arriver dans les poumons par la voie sanguine.

Ces microbes sont au nombre de trois :

1° *Le pneumocoque.* — Le plus rare.

2° *Le streptocoque* qui, comme l'ont montré MM. Netter et Widal, pénètre dans quelques cas dans la circulation générale et arrive ainsi jusqu'au lobule pulmonaire. J'ai montré, d'autre part, que parfois le streptocoque arrive par une autre porte d'entrée, notamment par les ulcérations cutanées.

3° *Le bacterium coli commune.* — Ce microorganisme peut pénétrer soit par l'inhalation. On a prouvé sa présence dans la poussière des salles d'hôpital, soit parce qu'un bol alimentaire est tombé dans les voies respiratoires. Je vous rappellerai à ce propos le cas de Parrot où le suc gastrique pénétra dans la trachée; soit enfin par la voie sanguine, — il y aura dans ce dernier cas une bronchopneumonie hématogène.

Je ne vous cache pas que ces études sont loin d'être complètes; elles présentent bien des lacunes que des recherches postérieures combleront. Bornons-nous donc à constater ces faits et passons au traitement.

Que faut-il faire?

Vous aurez à remplir quatre indications principales. Il faut avant tout empêcher l'infection des premières voies respiratoires, aggraver celle des voies profondes, — l'*antisepsie des fosses nasales de la bouche et de la gorge s'impose.*

Pour les fosses nasales vous prescrirez la pommade suivante :

Vaseline	30 grammes.
Acide borique	5 —
Camphre	0 gr. 50 centigr.

et vous la ferez mettre dans les narines deux ou trois fois par jour.

Pour la bouche et la gorge :

Eau distillée	450 grammes.
Glycérine }	àâ 25 —
Alcool }	
Acide phénique	1 —
Thymol sodé	0 gr. 50 centigr.

Avec cette solution vous ferez nettoyer au moyen d'un pinceau la gorge et la bouche surtout au niveau des dents. Voilà pour la première indication. Je vous répète que j'attache beaucoup d'importance à l'antisepsie des premières voies respiratoires.

Deuxième indication. — Combattre l'asphyxie.

Vous aurez à votre disposition deux moyens : *a)* les *vomitifs*; *b)* la *révulsion*.

Comme vomitifs qu'il ne faut pas répéter et qu'on doit donner au début seulement et à des enfants robustes :

Sirop d'ipéca	30 grammes.
Poudre d'ipéca	0 gr. 30 centigr.

Administrer la moitié d'un coup, et, dans le cas où les vomissements ne se produisent pas, l'autre.

Quant à moi personnellement, je conseille très rarement l'emploi des vomitifs et je leur préfère des stimulants diffusibles que vous pourrez formuler ainsi qu'il suit :

Julep gommeux }	àâ 45 grammes.
Sirop de Tolu }	
Cognac	8 à 10 —
Acétate d'ammoniaque	1 gr. 50 centigr.
Benzoate de soude	0 — 50 —

par cuillerées à dessert toutes les heures ou toute les deux heures suivant l'âge de l'enfant.

La révulsion. — Le meilleur moyen de faire la révulsion, qui doit agir sur les phénomènes vaso-moteurs, consiste à employer des bains sinapisés de 5 minutes environ. Quant aux vésicatoires, il ne faut les employer que *tout à fait à la fin de la maladie* et *jamais au début.*

Il me reste à vous dire quelques mots d'un médicament qui est appelé à rendre de grands services dans cette occurrence. Je veux parler du camphre. Il doit être employé dans les cas où l'on constate des phénomènes hypérémiques intenses qui se traduisent à l'auscultation par une grande quantité de râles envahissant tout le poumon.

Voici la formule :

Acide benzoïque	15 centigrammes.
Camphre en poudre	3 —

par paquet, que vous administrez dans du lait.

Vous pouvez aussi employer ce médicament sous forme d'injections sous-cutanées; vous aurez recours, dans ces cas, à *l'huile camphrée* à 1/10 : un quart de seringue pour un enfant de 1 an.

Troisième indication. — Combattre l'asthénie cardiaque, si fréquente, qui aggrave l'asphyxie.

Pour remplir cette indication, vous ajouterez à la potion que je vous ai donnée pour combattre l'asphyxie V *gouttes de teinture de digitale* ou bien vous ferez des injections sous-cutanées de caféine.

Quatrième indication. — Combattre l'intoxication générale. — Deux cas peuvent se présenter.

Ou les phénomènes d'empoisonnement coïncident avec des lésions pulmonaires très étendues, dans ce cas la lutte sera désespérée. Vous mettrez en jeu le traitement général de broncbopneumonie, mais probablement sans succès.

Ou bien, les phénomènes d'intoxication générale tout en étant très marqués, on ne constatera que des foyers pulmonaires limités; ici, le meilleur agent thérapeutique sera les bains froids.

Il faut les donner toutes les trois heures jour et nuit, leur température doit être de 20°, la durée de 45 minutes environ; si l'enfant est pris d'apnée, vous appliquerez le procédé de tractions rhytmiques de la langue de M. Laborde.

C'est dans ces conditions que les bains froids vous donneront des résultats remarquables et vous permettront de sauver des malades, même gravement compromis.

A L'ÉTRANGER

ALLEMAGNE

De l'acétonurie.

M. Hirschfeld (*Zeitsch. fur klin. Med.*, XXVIII) considère l'acétone comme se rencontrant dans les urines de l'homme sain, et non pas seulement chez les diabétiques. Mais, pour la faire apparaître chez l'homme sain, diverses précautions sont nécessaires. La principale est de supprimer toute alimentation hydrocarbonée.

A mesure que ce régime continue, le taux de l'acétone augmente; mais, au bout d'une semaine, il reste stationnaire. Enfin, 50 à 100 grammes d'aliments hydrocarhonés feront disparaître cette acétonurie en quelques jours. Ce seraient surtout l'amidon,

le sucre de canne, le sucre de raisin, le sucre de lait qui seraient aptes à enrayer l'acétonurie.

Ce sont donc deux espèces d'acétonurie bien différentes que l'acétonurie diabétique et l'acétonurie physiologique. Il en est une troisième que l'on peut citer, c'est celle qui apparait au cours des affections de l'estomac, des affections fébriles et du cancer. En fait, cette troisième variété d'acétonurie tient à ce que le malade prend très peu de substances hydrocarbonées.

Moyen d'empêcher l'insomnie due à la perception des bruits.

Il y a des sujets nerveux qui ne peuvent dormir la nuit parce que leur attention est réveillée par le moindre bruit.

Il y a, d'autre part, des sujets non nerveux, mais le devenant bientôt, parce qu'ils sont exposés pendant la nuit à la perception de bruits incessants qui les empêchent de dormir et crée chez eux, avec l'insomnie, des troubles nerveux plus ou moins graves.

Pour combattre l'insomnie dans l'un et l'autre cas, on a contume de recommander l'occlusion du conduit auditif externe avec un petit tampon d'ouate sèche; mais cette occlusion, insuffisante, n'empêche pas les sons d'être perçus.

Aussi, M. le Dr **O. Rosenbach** (de Breslau) ayant pu se convaincre, dans ces conditions, que le tampon d'ouate imprégné de vaseline empêchait toute perception des bruits, recommande-t-il le procédé suivant :

On prend une languette de coton, longue de 6 centimètres, large de 3 centimètres et épaisse de 1 centimètre; on enduit sa face supérieure d'une couche suffisante de vaseline; on roule ensuite la languette et on obtient un cylindre mou qu'on introduit dans le conduit auditif à une profondeur de 2 centimètres. On étale ensuite le bout externe du cylindre sur le pavillon de l'oreille et on applique par-dessus lui une couche d'ouate. Il faudra prendre soin le matin, en enlevant le tampon, de bien essuyer le conduit auditif.

Cet excellent moyen, très pratique, ne saurait cependant mettre l'oreille à l'abri des ébranlements mécaniques qui suivent les bruits très intenses. Il ne met à l'abri que des perceptions sonores.

Rupture spontanée de l'utérus.

Gessner (*Centralblatt fur Gynækol.*) rapporte les observations de deux femmes enceintes ayant eu des ruptures spontanées de l'utérus au moment de l'accouchement. Ces ruptures, d'ailleurs, furent bien différentes l'une de l'autre.

Dans l'une ce fut le cul-de-sac vaginal qui se déchira; dans l'autre la rupture se fit au point de l'utérus le plus distendu par la tête hydrocéphalique de l'enfant.

Il ressort nettement de l'examen de ces deux faits que l'utérus peut continuer ses efforts pour expulser son contenu ; de plus, le pouls peut n'être modifié ni dans sa fréquence ni dans sa qualité; enfin, l'hémorrhagie peut manquer. Le tableau classique de la rupture utérine n'est donc pas applicable à tous les cas et on comprend combien parfois l'on peut être embarrassé.

L'auteur insiste beaucoup sur la thérapeutique qu'il convient d'appliquer en cas de rupture de l'utérus. Elle repose sur la distinction des ruptures en ruptures incomplètes et en ruptures complètes.

Si la rupture est incomplète, le tamponnement de l'utérus suffira. Si, au contraire, la rupture est complète, le traitement opératoire sera indiqué si le placenta ou le fœtus ont passé dans la cavité péritonéale.

Dans les cas où l'on n'aura pas recours à l'intervention, on introduit de la gaze dans la déchirure et l'on procède à son tamponnement complet. L'utérus est maintenu en antéflexion par un bandage compressif externe, et l'on obtient une hémostase définitive. C'est ce traitement qui donne les meilleurs résultats. Est-il nécessaire d'ajouter que la réussite du traitement est avant tout une question d'asepsie absolue pendant et après l'accouchement? La femme en effet est-elle infectée, rien ne la sauvera. Le tout, c'est d'éviter l'infection.

Deux observations d'affections rares chez le nouveau-né.

Par M. Finkelstein. (*Berl. klin. Wochensch.*, 10 juin 1895.)

Les faits relatés par l'auteur ont été observés à la clinique pédiatrique de M. le professeur Heubner, à Berlin. Bien qu'ils se rapportent à des affections peu communes, ils ne sont pas dénnés d'un intérêt d'ordre général. L'un d'eux a trait à une petite fille, âgée de neuf jours, atteinte d'une septicémie à forme suraiguë particulière ; l'autre est un cas de diathèse hémorrhagique survenue également chez un nouveau-né et dont l'origine bactérienne ne paraît pas douteuse.

La mère de l'enfant qui fait l'objet de la première observation avait succombé à une septicémie puerpérale le sixième jour après l'accouchement. Cette femme allaitait sa petite fille alors qu'elle se trouvait déjà en pleine fièvre puerpérale.

L'enfant fut admise à l'hôpital avec de la diarrhée et un état fébrile léger. Mais, dès le lendemain, on constatait chez elle l'apparition d'une cyanose intense localisée d'abord aux mains et aux pieds et compliquée de deux petits foyers de gangrène cutanée : l'un d'eux, ayant les dimensions d'une lentille, siégeait sur la pulpe du médius droit; l'autre, large comme une pièce de cinquante centimes, se trouvait à la face plantaire gauche, près du talon, et présentait à son centre une vésicule remplie de liquide séro-sanguinolent. Sur les bras, les cuisses, le thorax et l'abdomen étaient disséminées des taches livides de formes irrégulières, de dimensions variables et rappelant par leur aspect les taches cadavériques. Les parties indemnes de la peau avaient une coloration nettement ictérique. Les viscères thoraciques et abdominaux, ainsi que l'ombilic, n'offraient rien d'anormal. L'urine contenait beaucoup d'albumine et des granules bruns d'hématoïdine en abondance, mais on n'y constatait pas d'hémoglobine. Dans la suite, tous les symptômes morbides augmentèrent d'intensité : la cyanose des extrémités se propagea jusqu'aux coudes et aux genoux ; les foyers gangreneux s'élargirent rapidement — surtout celui du pied qui, en quelques heures, s'étendit à toute la face plantaire — et envahirent le tissu cellulaire ; les taches cutanées se montrèrent aussi au visage. L'enfant succomba à l'adynamie douze heures après le début de l'affection.

Il faut noter encore ce fait clinique, à savoir que les parties cyanosées ont été le siège de troubles angio-spastiques particuliers, se manifestant par une coloration livide qui alternait avec une pâleur cadavérique. Ces phénomènes se produisaient sans aucune symétrie, tantôt sur toute l'étendue de la main ou du pied, tantôt sur certains doigts seulement ou sur quelques orteils.

L'autopsie ne décela aucune altération macroscopique importante; il n'existait pas d'hémorrhagies internes, pas de lésions ombilicales ou péri-ombilicales, ni de thromboses vasculaires des membres.

L'examen bactériologique démontra la présence, au niveau des parties cyanosées et des foyers gangreneux, ainsi que dans le sang, le foie, la rate et les reins, d'une quantité extrêmement abondante de streptocoques, à l'exclusion d'autres microbes.

Il s'agissait donc dans ce cas d'une infection streptococcique grave dont la porte d'entrée dans l'organisme n'a pu être déterminée et que l'enfant avait contractée vraisemblablement de sa mère. Au point de vue clinique, cette affection, caractérisée par son évolution suraiguë, par la cyanose avec ictère, par les phénomènes de spasme vasculaire et de gangrène, se rapproche beaucoup de la maladie décrite par Winckel sous le nom de *cyanose ictérique* avec hémoglobinurie, mais elle s'en distingue, d'un côté par l'absence d'hémorrhagies viscérales, d'hémoglobinurie et d'infarctus hémoglobinuriques dans les reins et, d'un autre côté, par la production du spasme vasculaire et de gangrènes cutanées

foudroyantes, phénomènes qui n'ont pas encore été observés dans les cas de maladie dite de Winckel.

La seconde observation de M. Finkelstein présente un intérêt spécial au point de vue de la pathogénie de la diathèse hémorrhagique des nouveau-nés. On sait que certains cliniciens attribuent cette affection à la syphilis héréditaire, tandis que d'autres lui reconnaissent une origine bactérienne. Or, l'observation relatée par l'auteur permet de concilier ces deux opinions, au moins en ce qui concerne le fait particulier dont il s'agit.

Ce cas a trait à un enfant du sexe masculin âgé de huit jours, mis au monde au septième mois de la grossesse par une mère syphilitique atteinte de phlegmatia alba puerpérale. Le nouveau-né était manifestement en puissance de diathèse hémorrhagique: les muqueuses labiale, palatine et pharyngienne, saines en apparence (sauf quelques fissures aux lèvres), ainsi que des excoriations siégeant au pourtour de l'anus, au scrotum et au prépuce, étaient la source d'un écoulement de sang continu. La plaie ombilicale était légèrement suintante et infiltrée, mais ne présentait pas d'hémorrhagie. Il existait, en outre, de l'ictère et une tuméfaction dure du foie et de la rate. L'enfant succomba trois jours après son admission à l'hôpital.

A l'autopsie on trouva des hémorrhagies punctiformes multiples dans les poumons et dans les reins, un épanchement de sang encore liquide dans le côlon, de petites tumeurs gommeuses disséminées dans le foie et la rate et des lésions d'ostéochondrite syphilitique.

Enfin, on constata dans les divers viscères du cadavre la présence d'un bacille particulier (diplobacille) dont l'inoculation provoqua chez les souris (inoculations intrapéritonéales) la production d'une diathèse hémorrhagique absolument typique.

Il est donc probable que ce microbe avait été l'agent pathogène de l'affection observée par M. Finkelstein chez son petit malade. Mais, comme cet enfant était atteint d'hérédo-syphilis, on peut en conclure que dans ce cas la vérole avait joué aussi un rôle dans le développement de la diathèse hémorrhagique en créant un terrain favorable à l'infection bacillaire.

(*Semaine Médicale.*)

AMÉRIQUE

Le vinaigre comme moyen pour empêcher les vomissements après la chloroformisation. (*New York med. Rec.*)

Warholm recommande de tenir après l'opération un linge imprégné de vinaigre devant le nez du patient et de le laisser jusqu'à ce que celui-ci soit complètement réveillé, ou plus longtemps encore si cela lui est agréable. Warholm usa de ce procédé dans 30 cas et dans la plupart de ces cas l'effet fut absolument certain. Il fut nul dans deux cas seulement et un des deux patients était alcoolique. On peut donner au malade une petite bouteille de vinaigre qu'on place sur sa table de nuit, afin qu'il puisse en respirer suivant son désir.

ANGLETERRE

Traitement de l'endocardite rhumatismale aiguë.

M. le docteur Caton (de Liverpool) publie son mode de thérapeutique des endocardites rhumatismales aiguës avec les résultats qu'il a obtenus.

Le traitement consiste dans l'administration *précoce* de l'iodure de potassium et de l'iodure de sodium et dans l'application de vésicatoires volants sur la région précordiale.

Dès que les premiers signes de l'endocardite se montrent au cours du rhumatisme articulaire aigu, c'est-à-dire dès que les bruits du cœur deviennent voilés, et à plus forte raison dès que le souffle endocarditique est perçu, M. Caton prescrit l'iodure de potassium à la dose de 0 gr. 60 centigr. répétée trois fois par jour et il n'en continue pas moins le traitement de l'arthrite par le salicylate de soude. On applique, en même temps, une série de vésicatoires volants sur la pointe du cœur et particulièrement sur le trajet des quatrième, cinquième et sixième nerfs intercostaux. Le malade est condamné au repos et au régime lacté le plus absolu. On le protège contre le froid par le port de flanelle. Sous l'influence de ce traitement, dit M. Caton, le souffle valvulaire s'affaiblit, devient bientôt intermittent, puis disparaît au bout d'un temps plus ou moins long. On ne doit cesser le traitement susindiqué que lorsque les bruits de souffle deviennent imperceptibles.

Voici maintenant les résultats obtenus par M. Caton : sur 39 malades atteints d'endocardite rhumatismale aiguë et soumis au traitement donné par l'auteur, 29 ne présentaient plus, à leur sortie de l'hôpital, de trace de souffle endocarditique. Par contre, sur 13 sujets pareillement atteints et non traités comme les précédents, 12 sont sortis de l'hôpital avec un souffle valvulaire manifeste.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 9 octobre. — Présidence de M. Théophile Anger.

Après la lecture du procès-verbal, **M. le président**, en raison de la mort du baron Larrey, ancien président de la Société de Chirurgie, annonce que la séance doit être levée en signe de deuil.

La séance est levée.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 30 septembre.

Glycosurie consécutive à l'ablation du pancréas.

M. R. Lépine. — Je viens d'étudier les variations de la glycosurie chez un chien à qui avait été enlevé le pancréas, pendant les trente premières heures qui ont suivi cette ablation. Mes expériences portent sur des expériences faites sur des chiens à jeun depuis au moins vingt heures, et maintenus dans l'inanition la plus complète pendant les trente heures durant lesquelles j'ai expérimenté.

Pour ce qui est du moment d'apparition de la glycosurie, j'ai vu que, dans la moitié des cas, la glycosurie a débuté dans les cinq premières heures. Dans les trois quarts des cas, elle s'est montrée avant la neuvième heure. Enfin, dans près d'un cinquième des cas, la glycosurie n'a été vue qu'après dix heures, malgré l'ablation totale du pancréas. Ce n'est qu'exceptionnellement que la glycosurie fait défaut pendant les trente premières heures.

Comment évolue la glycosurie ? En général, elle devient rapidement abondante. Ainsi, en deux heures, elle peut atteindre 30 grammes et plus. Il est beaucoup plus rare que l'ascension soit peu rapide; ce fait se voit surtout quand la glycosurie a débuté tardivement. Sur 52 cas, j'ai pu voir que 23 fois la glycosurie a atteint son maximum dans les seize premières heures, 29 fois après ces seize heures.

Au point de vue de l'intensité de la glycosurie, de l'examen de 84 chiens il résulte que 7 seulement ont atteint 100 grammes ou plus de sucre par litre. En général, la glycosurie s'élevait à 60 ou 80 grammes.

Quand la glycosurie s'était faite lentement, elle n'atteignait pas 60 grammes, et cela dans près d'un quart des cas.

Restent enfin à montrer les rapports du sucre à l'azote de l'urine.

J'ai pu voir, à ce propos, que, par litre, chez les chiens antérieurement bien nourris, le chiffre du sucre était en moyenne plus élevé que chez les chiens antérieurement mal nourris.

Séance du 7 octobre.

Comparaison de l'hyperglycémie et de la glycosurie consécutives à l'ablation du pancréas.

M. R. Lépine. — J'ai étudié l'hyperglycémie qui se produit chez des chiens à l'état d'inanition absolue, pendant les trente heures consécutives à l'ablation du pancréas.

L'augmentation du sucre dans le sang est sensible peu après l'ablation du pancréas. Il y a déjà 2 grammes 0/00 au bout de cinq heures ; au bout de vingt-cinq heures, le maximum que ce chiffre atteigne est de 5 grammes 0/00 ; il y en a rarement moins de 2 grammes 60 0/00.

De plus, l'accroissement est encore plus grand de la vingt-cinquième à la trentième heure que de la vingtième à la vingt-cinquième. L'hyperglycémie n'atteint souvent son maximum qu'après la trentième heure.

Si l'on compare l'hyperglycémie à la glycosurie, on voit qu'il n'y a pas corrélation absolue entre l'apparition de la glycosurie et un chiffre donné de sucre dans le sang. La glycosurie peut déjà débuter avec une hyperglycémie très faible.

Vers la quinzième heure, en général, la proportion de sucre dans l'urine est au moins vingt fois supérieure à la proportion de sucre dans le sang.

Mais il y a des exceptions à cette règle, et plus tard le rapport sera encore beaucoup plus variable. La corrélation entre le sucre du sang et celui de l'urine n'existe donc pas ; il y a plutôt entre ces deux quantités un balancement facile à constater.

ACTES DE LA FACULTÉ

DU 14 AU 19 OCTOBRE 1895

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 14 octobre, à 1 heure. — 1er : MM. Lutz, Blanchard, Weiss.

Mardi 15 octobre, à 1 heure. — 1er, 1re série : MM. Gariel, Blanchard, André. — 1er, 2e série : MM. Pouchet, Hanriot, Weiss.

Mercredi 16 octobre, à 1 heure. — 1er : MM. Gariel, Hanriot, Heim.

Jeudi 17 octobre, à 1 heure. — 1er : MM. Pouchet, Lutz, Heim.

Vendredi 18 octobre, à 1 heure. — 1er, 1re série : MM. Gariel, Lutz, Hanriot. — 1er, 2e série : MM. Gautier, Blanchard, Weiss.

Samedi 19 octobre, à 1 heure. — 1er, 1re série : MM. Gariel, Blanchard, Lutz. — 1er, 2e série : MM. Gautier, Hanriot, Heim.

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

FACULTÉS

Inscriptions des élèves nouveaux.

Inscriptions. — Le registre d'inscription du premier trimestre de l'année scolaire 1895-96, ouvert le vendredi 11 octobre, sera clos le samedi 9 novembre, à 3 heures de l'après-midi.

Les inscriptions seront délivrées dans l'ordre ci-après, de midi à 3 heures.

Inscriptions de deuxième, troisième et quatrième année, du 11 octobre au 9 novembre (lundis et mardis exceptés).

MM. les étudiants sont tenus de prendre leur inscription aux jours et aux heures ci-dessus désignés. L'inscription trimestrielle ne sera accordée, en dehors de ces dates, que pour des motifs sérieux et appréciés par le Conseil de la Faculté.

MM. les étudiants sont priés de déposer, deux jours à l'avance, leur feuille d'inscription chez le concierge de la Faculté ; il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au secrétariat pour prendre leurs inscriptions.

Consignations pour examens. — Les bulletins de versement des droits de consignation pour tous les examens seront délivrés, à partir du lundi 7 octobre, le lundi et le mardi de chaque semaine, de midi à 3 heures.

En ce qui concerne le premier examen de doctorat et les examens de fin d'année (officiat), les bulletins de versement ne seront délivrés que le lundi 7 et le mardi 8 octobre, conformément à l'avis déjà donné au mois de juillet.

Les consignations pour examens de fin d'année (officiat) ne seront reçues que sur présentation d'une autorisation spéciale. Sont dispensés de cette autorisation les élèves ajournés en juillet 1895.

Travaux pratiques. — Les travaux pratiques sont obligatoires on facultatifs. Ils sont obligatoires pour tous les étudiants aspirant au doctorat ou à l'officiat. Ils sont facultatifs pour les étudiants ayant 16 inscriptions.

Les droits afférents aux travaux pratiques obligatoires sont soldés en prenant l'inscription trimestrielle correspondante.

Sont admis à prendre part aux travaux pratiques facultatifs, à la condition d'y être autorisés par M. le doyen sur leur demande écrite : 1° les étudiants ayant 16 inscriptions ; 2° les étudiants en cours irrégulier d'études ; 3° les docteurs français ; 4° les docteurs et étudiants en médecine étrangers à la Faculté.

L'autorisation est valable pour la durée de l'année scolaire.

Les droits sont de 40 fr., payables en une fois.

Cartes d'étudiants. — Les cartes d'étudiants, pour l'année scolaire 1895-1896, seront délivrées contre la remise de la carte précédente, au secrétariat de la Faculté : 1° au moment de la prise de l'inscription pour les étudiants entrant en deuxième, troisième ou quatrième année ; 2° les lundis et mardis pour les étudiants ayant 16 inscriptions.

Exercices de dissection (sous la direction de M. Poirier, agrégé, chef des travaux anatomiques). — 1° Elèves de l'ancien régime (inscrits avant le 1er octobre 1895) : les élèves de seconde année doivent, avant d'être admis à disséquer, subir l'examen préalable d'ostéologie.

Ils sont invités à se faire inscrire dans le plus bref délai à l'Ecole pratique, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine, au bureau du chef du matériel, de midi à 4 heures.

Les démonstrations d'ostéologie commenceront le 14 octobre.

Les élèves qui prennent part à ces démonstrations sont invités à se faire délivrer la cinquième inscription, s'ils veulent conserver leur place et être admis à l'examen d'ostéologie.

Les pavillons de dissection seront ouverts à partir du 11 novembre, tous les jours de midi à 4 heures.

Les prosecteurs chefs de pavillons et les aides d'anatomie dirigent et surveillent les travaux des élèves. Ils font une démonstration quotidienne dans chaque pavillon.

a) Les étudiants de première année ne prennent point part aux travaux anatomiques.

b) Les exercices de dissection sont obligatoires pour tous les étudiants de deuxième et de troisième année ; les inscriptions ne leur sont point accordées sans certificats de dissection, et ils ne peuvent être admis à subir le deuxième examen de doctorat (anatomie) s'ils n'ont disséqué deux semestres d'hiver complets.

c) Pour les autres étudiants et les docteurs, les exercices de dissection sont facultatifs. S'ils désirent y prendre part, ils devront se munir d'une autorisation du doyen.

La mise en série sera faite dans l'ordre suivant : 1° élèves obligés, deuxième et troisième année (suivant la date de leur inscription à l'Ecole pratique) ; 2° élèves non obligés et docteurs (suivant la date de leur inscription à l'Ecole pratique).

Nota. — Nul ne peut être admis à l'Ecole pratique d'anatomie, s'il ne s'est fait préalablement inscrire au bureau du chef du matériel et n'a reçu une carte d'entrée. Ce bureau, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine, sera ouvert tous les jours de midi à 4 heures, jusqu'au 15 novembre.

Pour recevoir une carte d'entrée, chaque étudiant devra présenter : 1° sa feuille d'inscription mise à jour par le secrétariat de la Faculté (cinquième inscription pour deuxième année, neuvième inscription pour troisième année, inscriptions prises aux dates indiquées par l'affiche spéciale du premier trimestre 1895-1896) ; 2° la quittance constatant le paiement des droits.

Passé le 15 novembre, nul ne pourra être admis à l'Ecole pratique d'anatomie sans une décision spéciale.

2° Elèves du nouveau régime (inscrits à partir du 1er octobre 1895) : les élèves de première année (nouveau régime) doivent, avant d'être admis à disséquer, subir l'examen préalable d'ostéologie.

Ils seront appelés à prendre part aux démonstrations d'ostéologie, d'après l'ordre de la prise de la première inscription.

Ces élèves ne se feront pas inscrire à l'Ecole pratique : ils recevront une lettre de convocation individuelle.

Examens pour le diplôme de chirurgien-dentiste.

Une session d'examens pour le diplôme de chirurgien-dentiste s'ouvrira le 11 novembre 1895. Sont seuls admis à se présenter à cette session :

1° Pour les trois examens, les dentistes inscrits au rôle des patentes au 1er janvier 1892; les candidats qui justifient d'un cours régulier d'études dans une des écoles d'enseignement dentaire existant en France, à la date du 25 juillet 1893;

2° Pour les deux derniers examens, les dentistes de nationalité française, inscrits au rôle des patentes antérieurement au 1er janvier 1889;

3° Pour le deuxième examen, les dentistes pourvus, antérieurement au 1re novembre 1893, d'un diplôme délivré par l'une des écoles d'enseignement dentaire existant en France, à la date du 25 juillet 1893.

Les candidats se feront inscrire aux dates ci-après désignées : 1er examen, les 28 et 29 octobre 1895; 2e examen, les 25 et 26 novembre 1895 : 3e examen, les 23 et 24 décembre 1895.

Le 1er examen aura lieu du 11 au 23 novembre 1895;

Le 2e examen du 9 au 21 décembre 1895;

Les 3e examen du 13 au 28 janvier 1896.

Les candidats ajournés ne pourront subir de nouveau les épreuves qu'à une session qui aura lieu dans le troisième trimestre de l'année scolaire.

HOPITAUX DE PARIS

Concours de l'adjuvat de Clamart (15 octobre).

Le jury est composé de MM. Farabeuf, Quénu, Blum, Walther, Gilles de la Tourette.

Les candidats sont : MM. Mouchet, Vanverts, Branca, Beaussenat, Wiart, Raymond, Petit.

Concours de l'externat.

Le jury est composé de MM. Varnier, Wurtz, Louis Guinon, Morel Lavallée, Dalché, Legueu, Sebileau, Faure.

Concours de l'internat.

Le jury est composé de MM. Lannelongue, Tarnier, Segond, Pozzi, Bonnaire, Rochard, Lancereaux, Sevestre, Lermoyez, Jaccoud.

ACTES OFFICIELS

Nominations.

Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Officier. — M. le docteur Florance (médecin militaire).

Chevalier. — M. le docteur Tournier (médecin militaire).

Sont nommés :

Officiers de l'instruction publique. — MM. les docteur Bruel (de Moulins) ; Douet (d'Angers) ; Lambling (de Lille) ; Pojolat (de Clermont-Ferrand).

Officiers d'académie. — MM. les docteurs Brunet, Isch-Wall et Edmond Morin (de Paris) ; Allot (de Commentry) ; Auger (de Bolbec) ; Ballias (de Bagas) ; Bernard (de Voisey) ; Billiard (de Corbigny) ; Bornay (de Saint-Pol) ; Beuny (du Fleix) ; Caron (du Havre) ; Cannac (de Quins) ; Bédart, Carpentier et Fockeu (de Lille) ; Castanet (de Salignac) ; Cocatrice (d'Harcanville) ; Desvergnes (de Verteillac) ; Dugau et Simbat (de Bergerac) ; Dupoux (de Vallon) ; Duputel (de Rouen) ; Fayard et Largeau (de Niort) ; Fournial et Planchard (de Clermont-Ferrand) ; Grasset (de Riom) ; Jacquelin (de Nully) ; Lombard (de Terrasson) ; Lecourt (de Canteleu) ; Malsang (de Champeix) ; Maucotel (de Mirecourt) ; Michalowicz (de Parçay) ; Paillard (de Varzy) ; Philippe (de Pujols) ; Prioleau (de Brive) ; Purrey (de Perpignan) ; Schmütz (de Tonnay-Boutonne) ; Seuvre (de Reims) ; Soularue (de Tulle) ; Survot (d'Entrains) ; Lovy (de Tunis).

M. le docteur Morel (du Puy) est nommé chevalier du Mérite agricole.

Une *mention honorable* a été décernée à M. le docteur Bonnet (de Méziéres) et à M. Rey (étudiant en médecine à Marseille), pour actes de courage et de dévouement.

Le ministre de la guerre a décerné une *médaille de bronze* à M. J.-E. Giron, étudiant en médecine, en témoignage du dévouement dont il a fait preuve en soignant les militaires atteints de fièvre typhoïde à l'hospice de Marmande.

ARMÉE ET MARINE

Corps de santé militaire.

Ont été promus :

Au grade de médecin principal de première classe : MM. Delorme et Strauss.

Au grade de médecin principal de deuxième classe : MM. Fluteau, Davignon et Fournié.

Au grade de médecin-major de première classe : MM. Laydeker, Villedary et Hermantier.

Au grade de médecin-major de deuxième classe : MM. Lespinasse, Millière, Habert, Beigueux, Michel et Cuvalier-Benezet.

Corps de santé de la marine.

Voici la liste, par ordre de mérite, des étudiants en médecine nommés, après concours, élèves du service de santé de la marine à l'École de Bordeaux :

MM. Joncourt, Stephan, Cartron, Jacquin, Grange, Nedellec, Crenn, Oudard, Lebaupin, Broquet, Hédie, Vivie, Honorat, Fourgous, Moulinier, Munier, Briand, Puysségur, Mornu, Thibeault, Pin, Guillemin, Georges, Cavazza, Bouillet, Le Coniac, Lasserre, Guibaud, Mongie, Théhaud, Rousseau, Laurenti, Loro, Roufflandis, Lartigue, Mouillac, Sambuc, Revault, Vallet, Baillif, Kerambrum, Aubert, Violle, Chapeyroux, Revel, Audiau, Normet.

NOUVELLES

Hospices civils de Marseille.

Le lundi 2 décembre 1895, à huit heures du matin, il sera ouvert à l'Hôtel-Dieu un concours pour trois places d'élèves internes.

Le lundi 9 décembre 1895, à trois heures du soir, un autre concours sera ouvert dans le même hôpital pour sept places d'élèves externes.

Pour se faire inscrire et pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat général de l'administration des hospices à l'Hôtel-Dieu.

M. le docteur Blache vient d'être élu conseiller d'arrondissement du canton de Privas.

Congrès de la Ligue de l'Enseignement.

La Ligue de l'Enseignement, qui vient de tenir à Bordeaux son 15e Congrès, a adopté, à l'unanimité, dans sa première section, présidée par M. Jaquin, conseiller d'Etat, l'importante résolution suivante, qui résume les travaux du Congrès :

Le 15e Congrès national de la Ligue de l'Enseignement considérant :

1° Quant aux principes :

Qu'il faut fortifier l'action de l'école en assurant son recrutement ; qu'il faut prolonger cette action et la compléter non seulement en accroissant les connaissances de la jeunesse, mais surtout en formant le jugement et le caractère ;

Qu'il est du devoir de tout bon citoyen de contribuer à assurer à la jeunesse française la culture de l'éducation morale et la préparation à la vie professionnelle, civique et sociale ; qu'il importe de former autour de nos enfants le milieu nécessaire à leur complet développement moral et de faire ainsi qu'ils soient des hommes honnêtes et des citoyens libres ;

Que pour l'accomplissement d'une pareille œuvre il faut un moteur : le sentiment du devoir social, et une condition essentielle : la liberté.

Qu'il importe que chaque commune ou chaque groupement constitué devienne pour la jeunesse des deux sexes une plus large école de fraternité républicaine et de solidarité sociale ;

Qu'il est donc nécessaire de faire appel à toutes les associations républicaines déjà constituées, scolaires ou non, et à tous les citoyens pour qu'ils se groupent en associations là où il n'en existe pas et de les déterminer à agir dans le sens et dans l'esprit indiqués ;

2° Quant au plan d'action :

Qu'il faut, pour assurer le recrutement et la fréquentation régulière de l'école publique, créer dans l'école et autour d'elle des œuvres de secours matériel et d'appui moral (cantines scolaires, patronages scolaires, petites familles, colonies et voyages scolaires, etc.);

Qu'il faut, pour donner aux enfants l'habitude du lien social, établir entre eux des associations de jeux, d'exercice, d'épargne, de mutualité;

Que, pour maintenir ces groupements et ces liens après l'école, il est utile d'offrir aux jeunes gens des deux sexes, par des renseignements, des conseils et une action morale, le moyen d'entrer dans une profession, d'y faire l'apprentissage (institutions de placement et d'apprentissage) et, en dehors des heures de travail, le moyen de s'instruire, de s'améliorer et de se récréer (bibliothèques, conférences, cours techniques ou généraux, etc.), et que tous ces moyens peuvent être groupés dans un cercle de la jeunesse;

Qu'il importe, pour la réalisation de ce plan, d'obtenir le concours des membres de l'enseignement à tous les degrés, des délégués cantonaux, des membres des commissions scolaires, des caisses des écoles, des municipalités et surtout qu'il faut pouvoir compter sur l'action volontaire des pères et mères de famille, riches ou pauvres, jeunes ou vieux, de tous ceux qui pourront donner quelque chose de leur temps ou de leur argent;

Qu'il faut intéresser à l'œuvre les chefs d'industrie, les propriétaires de domaines, les patrons, grands ou petits, les syndicats patronaux et ouvriers; qu'il importe de faire ainsi peu à peu et sur tous les points du territoire naître et vivre un essaim de Sociétés locales autonomes, qui réaliseront dans la mesure de leurs moyens tout ou partie de ce plan et auxquelles la Ligue de l'Enseignement sera prête à fournir des renseignements, de l'aide et un lien communs;

Par ces motifs :

Le 15e Congrès national de la Ligue de l'Enseignement recommande la création de cercles et patronages démocratiques de la jeunesse française;

Offre le concours de la Ligue pour établir et maintenir entre eux un lien commun et fait appel pour cette œuvre nationale, avec l'aide de la presse républicaine, à tous les citoyens et à toutes les associations de bonne volonté.

Obsèques de Pasteur.

Voici le discours que M. Poincaré, ministre de l'instruction publique, a prononcé, samedi dernier, aux obsèques de Pasteur :

Messieurs,

Il y a trois ans à peine, dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne, était célébrée cette inoubliable fête qu'on appela le *Jubilé de Pasteur*. Une foule innombrable, composée de savants, de professeurs, d'étudiants, d'admirateurs, était accourue de tous les coins du monde pour assister à cette solennité et pour honorer l'illustre Français qui venait d'atteindre sa soixante-dixième année et qui, dans un corps à demi-foudroyé par le mal, gardait la raison la plus vigoureuse, le cœur le plus chaud, le génie le plus vaillant.

Le gouvernement, les académiciens, la science étrangère, le conseil municipal de Paris, une longue suite de délégations enthousiastes apportaient à Pasteur l'éloquente expression de la reconnaissance universelle.

En remettant au maître la médaille commémorative de ce grand jour, le président de l'Académie des sciences lui disait : « On est bien embarrassé pour donner à l'éloge une forme nouvelle; tous les mots ont été employés dans toutes les langues et tout le monde s'en souvient. »

Aujourd'hui que la mort a brisé cette généreuse existence et que nous portons le deuil de celui que nous acclamions naguère; aujourd'hui que nous éprouvons, si récente et si douloureuse, la sensation du vide immense que laisse derrière elle cette vie prodigieuse, il semble moins que jamais possible d'élever l'éloge à la hauteur de la réalité.

Si ceux que Pasteur a aimés, si cette noble veuve, si cette famille qu'entoure aujourd'hui la sympathie de tout le monde civilisé, n'avaient émis le vœu que le représentant du gouvernement prît seul ici la parole, il ne se serait pas trouvé un corps savant qui ne tînt à honneur de donner à ce grand homme un superbe témoignage de gratitude.

Et si le ministre qui est chargé d'adresser, au nom de tant d'admirations silencieuses, un dernier adieu à Louis Pasteur, voulait tenter de rendre à sa mémoire un hommage digne d'elle, il faudrait, hélas! qu'il essayât de mettre dans la forme imparfaite des mots, non seulement de ces choses que seule la science saurait exprimer, mais de ces choses, plus intimes et plus inexprimables encore, qui restent cachées et muettes dans l'âme populaire!

Les phrases les plus émues ne sont qu'un éloge bien médiocre devant la pieuse douleur que cette perte irréparable a provoquée dans la France entière et qui a rassemblé aujourd'hui, sur le passage de ce funèbre cortège, vieillesse et enfance, richesse et pauvreté, bonheur et infortune, toute une humanité respectueuse, unie dans l'égalité du regret.

La science ne se lassera point, messieurs, d'admirer dans le génie de Pasteur la force combinée d'une imagination créatrice et de la plus rigoureuse méthode expérimentale.

Il a des inspirations subites qui le portent vers des découvertes inattendues; il a des instincts divinatoires qui le poussent dans des routes inexplorées; il a de ces fougues de pensée qui devancent la constatation des vérités, la préparent, la font plus rapide et plus sûre. Mais lorsque s'est posé devant lui, dans une de ces illuminations géniales, un problème scientifique, il ne le tient pour résolu qu'après avoir questionné la nature, après avoir groupé ou éliminé les faits, après les avoir définitivement condamnés à répondre.

Il se garde de faire peser sur la sincérité de ses observations le poids d'aucun préjugé philosophique. La méthode expérimentale, proclamait-il dans son discours de réception à l'Académie, doit être dégagée de toute spéculation métaphysique; et, après avoir revendiqué pour sa conscience le droit d'affirmer hautement ses convictions spiritualistes et religieuses, il réclamait, non moins énergiquement, pour la science, toutes les prérogatives de la liberté.

Et c'est effectivement la libre curiosité de son esprit chercheur, aiguillonnée par cette puissance inventrice et secondée par cette scrupuleuse recherche des réalités objectives, qui l'a guidé dans la longue et brillante évolution de ses travaux scientifiques.

Dans une affirmation du minéralogiste allemand Mitscherlich, il pressent une erreur; sa raison brusquement éclairée refuse d'admettre qu'à des formes cristallines identiques puissent correspondre des actions optiques dissemblables; il interroge les groupements atomiques; il entame ses études sur la dissymétrie moléculaire; et voilà, dès maintenant, accomplies, au seuil même de cette vie de labeur, des découvertes qui auraient, à elles seules, largement suffi à la gloire d'un homme.

Il entrevoit dans le champ sans cesse accru de sa vision interne l'influence vraisemblable de la dissymétrie sur des faits d'ordre physiologique; l'inconnu de vastes problèmes se déroule aussitôt devant lui; et, soutenu par un pouvoir supérieur, son génie s'attaque résolument à ce grand phénomène de la fermentation, qui restitue à l'air, au sol, à l'eau, les substances momentanément empruntées par les êtres organisés, qui rend à la vie ce qui vient de la vie, qui entraîne éternellement la matière dans une sorte de mouvement circulaire et de tourbillon fécondant et qui fait de la mort elle-même, dans le mystère de l'infini, une réserve de force et d'espérance.

A peine a-t-il pénétré dans l'obscurité de ces questions nouvelles qu'il y projette un jour éclatant. Les théories de Liebig et de Berzélius s'effondrent; le caractère vital de la fermentation, si longtemps contesté, est démontré jusqu'à l'évidence; le monde des infiniment petits apparaît dans l'implacable lumière de la vérité scientifique; la fermentation se révèle comme l'œuvre diverse de ces êtres microscopiques, vibrions, bactéries, microbes, qui assistent aux mutations essentielles de la matière organique et qui sont comme les ouvriers secrets et les témoins invisibles des phénomènes les plus profonds de la nature.

Pasteur est désormais le maître de ces ferments jusqu'alors mal connus; il va les cultiver, les modifier à son gré, plier ceux du vin, de la bière, du vinaigre aux ordres de la science, aux besoins de l'industrie, aux exigences de la santé publique.

Mais ce n'est pas tout de les avoir étudiés et asservis. L'intelligence humaine demeure inquiète et troublée devant le comment de leur apparition; elle se demande s'ils sont le produit d'une

génération spontanée ou s'ils proviennent d'autres germes créateurs. C'est à la première explication que s'arrêtent les savants les plus illustres; c'est elle que Ponchet croit avoir justifiée par des expériences décisives. Mais, cette fois encore, Pasteur éprouve au fond de lui-même une sorte de révolte instinctive contre cette doctrine téméraire; il contrôle, en les recommençant, les expériences de son contradicteur, il en découvre victorieusement le point faible, il montre la voie dissimulée par où, portés sur d'imperceptibles grains de poussière, se sont insinués les germes subtils qui ont échappé à l'observateur, et il dissipe, par la seule magie d'une méthode impeccable, une illusion que la science avait failli transformer hâtivement en une de ces hypothèses nécessaires dont elle est forcée d'éclairer, par places, les hésitations de sa marche progressive.

Par un enchaînement naturel, l'étude des ferments le conduit à celle des maladies. Il va maintenant poursuivre, jusque dans le corps humain, la série logique de ses recherches triomphantes. Il va prouver que, comme les ferments, les virus sont des êtres vivants. Il va révolutionner l'hygiène et la médecine; il va donner à la chirurgie ces belles audaces et cette inaltérable sérénité qui lui ont facilité les opérations les plus merveilleuses et qui ont indéfiniment élargi devant elle les horizons du possible. La doctrine de la spontanéité des maladies virulentes est emportée avec la doctrine de la spontanéité des générations microbiennes. Il suffira dorénavant, pour empêcher la naissance et le développement des maladies infectieuses, de préserver l'organisation humaine de l'invasion des germes morbides. Dans des cas qui étaient hier désespérés, la science est maîtresse de conjurer, par la méthode antiseptique, les plus funestes altérations et d'écarter la menace mortelle des êtres microscopiques.

Mais il faut aller plus loin, il faut au besoin leur disputer leur proie; il faut dompter les virus comme ont été domptés les ferments. Et, immédiatement, dans l'ardeur de son génie infatigable, Pasteur détermine, isole, gouverne chacun de ces parasites.

Il apprend non plus seulement à les éloigner, mais à les combattre. Il s'ingénie à entraver leur action destructive, et, après avoir indiqué le moyen d'éviter souvent la bataille, il enseigne le moyen, si pourtant la bataille s'engage, de gagner encore la victoire.

De la vaccination, qui n'était d'abord qu'un heureux empirisme, il fait une théorie raisonnée dont il multiplie les applications. Ses études successives sur le charbon, sur le choléra des poules, sur la rage, — ces études que continuent avec tant d'éclat les savants disciples de Pasteur et qui ont récemment abouti à la cure de la diphtérie, — marquent les sages, les prudentes, les glorieuses étapes d'une des conquêtes scientifiques les plus belles et les mieux conduites qu'il ait encore été donné à l'homme d'entreprendre et d'accomplir. L'atténuation des virulences, réalisable par des procédés artificiels, dans les manipulations du laboratoire, devient, contre les plus terribles maladies, un gage d'immunité et un instrument de guérison. Le poison modifié n'est plus seulement inoffensif, il est l'antidote des poisons plus violents. Le virus affaibli paralyse le virus plus fort, et le mal, désarmé par la volonté de la science, est lui-même contraint à sauver le malade.

Mais, messieurs, la science n'est pas le tout de l'homme, et la teneur ininterrompue de cette existence de savant reçoit du caractère de Pasteur, de sa charité, de sa modestie, un surcroît de noblesse et de beauté.

Pasteur n'a jamais pensé que la science dérogeât en se mêlant à la vie et en se mariant à l'action. Il n'a pas dédaigné, comme des conséquences négligeables, les applications pratiques de ses découvertes : il les a lui-même cherchées, déduites, améliorées en vue du bien public.

Avec un désintéressement dont il n'admettait même pas qu'on le louât, il a, par ses études sur les ferments, sur la maladie des vers à soie, sur le charbon, relevé des industries défaillantes, rassuré des milliers d'agriculteurs, semé la richesse ou arrêté la dévastation dans des provinces entières, prodigué sans compter autour de lui les trésors dus à son génie.

Et lorsque le cours de ses travaux l'eut amené à se pencher sur la douleur humaine, il ne sut plus se détacher d'elle et il ne se déshabitua plus de la soulager.

Il se livra à elle tout entier; il lui appartint sans réserve; il donna à sa science apitoyée le frisson de l'amour et le charme de la bonté; il réalisa, par une sorte de multiplication de sa puissance de dévouement, la loi qu'il s'était imposée : « En fait de bien à répandre, le devoir ne cesse que là où le pouvoir manque ». Et, reculant tous les jours l'étendue de son propre pouvoir, il se découvrit tous les jours plus de devoirs et n'eut d'autre ambition et d'autre joie que de les remplir.

Aussi, quand, pour mieux continuer ses recherches sur les maladies contagieuses, il projeta la création de cet institut qui porte son nom et qui bientôt recevra ses cendres, n'eut-il qu'à faire appel à l'initiative de la générosité privée pour provoquer, dans le monde entier, des adhésions aussi touchantes que nombreuses et empressées. C'était la reconnaissance du peuple, des pauvres, des humbles, qui montait déjà vers Pasteur vivant, telle qu'elle s'incline aujourd'hui, émue et attendrie, devant sa dépouille mortelle, telle qu'elle survivra, éternelle et immuable, à travers les générations futures.

« Heureux, disait Pasteur, heureux celui qui porte en lui un idéal et qui lui obéit. » Il a obéi toute sa vie à l'idéal le plus pur, à un idéal supérieur de science, de vertu, de charité. Toutes ses pensées et toutes ses actions se sont éclairées au reflet de cette lumière intérieure; il a été grand par le sentiment comme il a été grand par l'intelligence, et l'avenir le rangera dans la radieuse lignée des apôtres du bien et de la vérité.

Adieu, cher et illustre maître ! La Science que vous avez si grandement servie, la Science immortelle et souveraine, par vous devenue plus souveraine encore, transmettra aux âges les plus lointains l'ineffaçable empreinte de votre génie.

La France, que vous avez tant aimée, gardera fièrement comme un bien national, comme une consolation, comme une espérance, votre souvenir vénéré.

L'Humanité, que vous avez secourue, environnera votre gloire d'un culte unanime et impérissable, où elle verra se fondre toutes les rivalités et où elle conservera, vivante et forte, la foi commune dans le progrès infini.

NOTES POUR L'INTERNAT

PHYSIOLOGIE DE LA GLANDE SOUS-MAXILLAIRE

(*Suite.*)

D. Quels sont les phénomènes de la sécrétion sous-maxillaire ?

La glande sous-maxillaire reçoit des nerfs et des vaisseaux; elle possède un épithélium.

Etudier les phénomènes physiologiques de la sécrétion sous-maxillaire, c'est étudier, en somme : 1° le rôle des nerfs; 2° le rôle des vaisseaux; 3° le rôle de l'épithélium.

1° Rôle des nerfs.

La glande sous-maxillaire est animée par le nerf lingual, d'une part; par les filets sympathiques qui entourent l'artère faciale, d'autre part.

A. Le rôle du lingual.

Il a été déterminé par la célèbre expérience de Ludwig (1851). Celle-ci se décompose en trois temps.

Premier temps. — On sectionne le nerf lingual avant l'émergence des filets qui pénètrent dans la glande; on constate alors que, contrairement à ce qui se passe chez un animal sain, l'application de substances sapides sur la langue ne détermine de sécrétion sous-maxillaire ni du côté opéré ni du côté opposé.

Deuxième temps. — On irrite le bout périphérique du nerf sectionné; il y a alors sécrétion sous-maxillaire abondante du côté correspondant.

Troisième temps. — On irrite le bout central; il ne se produit pas de sécrétion du côté correspondant, mais une sécrétion abondante du côté opposé.

De cette expérience, ainsi décomposée, on peut donc conclure : 1° qu'il existe dans le nerf lingual des fibres centripètes qui portent aux centres l'excitation périphérique (c'est ce que démontre le troisième temps); 2° qu'il existe dans le nerf lingual des fibres centrifuges qui portent à la

glande l'influx central (c'est ce que démontre le second temps); 3° que, tous ces filets cheminant dans le lingual, la destruction de celui-ci détermine la suppression de la sécrétion sous-maxillaire (c'est ce que démontre le premier temps).

Mais le nerf lingual est un nerf composé; il contient: 1° des fibres du trijumeau; 2° des fibres de la corde du tympan. Il restait donc à déterminer le rôle respectif des unes et des autres; c'est par le procédé des sections isolées qu'on y est arrivé.

α *Le rôle propre du lingual.* — On sectionne le nerf lingual tout à fait à sa naissance, avant qu'il ait reçu la corde du tympan; on irrite alors la muqueuse linguale du côté correspondant, et cela n'active la sécrétion sous-maxillaire ni du côté où elle est normale, ni du côté où elle est suspendue du fait de la section. Si, alors, on galvanise le bout périphérique du nerf sectionné, le résultat est le même, et rien ne se produit. Mais, si on électrise le bout central, la salivation augmente des deux côtés. La conclusion est donc simple: dans le tronc du lingual sont contenues les fibres centripètes.

β *Le rôle propre de la corde du tympan.* — Quand on sectionne la corde du tympan entre le point où elle émerge du crâne et celui où elle pénètre dans le tronc du lingual, l'application de substances sapides sur la langue ne provoque pas de sécrétion sous-maxillaire du côté opéré. Si on électrise le bout périphérique de cette corde, la sécrétion devient abondante; mais, si on électrise le bout central, aucune modification ne se produit dans la sécrétion. De tout cela on peut conclure: dans le tronc de la corde du tympan sont contenues les fibres centrifuges.

Ainsi, par cette série d'expériences s'établit la connaissance de la chaîne nerveuse que suit, pour se produire, le réflexe de la sécrétion sous-maxillaire: chaîne d'aller, fibres du lingual; chaîne de retour, fibres de la corde du tympan.

C'est donc la corde du tympan qui apporte à la glande des fibres qui commandent à la sécrétion; quand elles sont excitées, ces fibres, elles produisent une salive claire, limpide, peu alcaline, très abondante, pauvre en mucine et en principes solides.

B. Le rôle des filets sympathiques.

Il a été déterminé par l'expérience de Czermach (1857). Celui-ci, après avoir activé la sécrétion sous-maxillaire par l'excitation des fibres de la corde contenues dans le lingual, excite le sympathique et constate: 1° que tout d'abord la sécrétion est suspendue; 2° qu'après quelques instants elle recommence, mais qu'elle consiste en une production de salive opaque, visqueuse, épaisse, très alcaline, peu abondante, riche en mucine, en albumine et en principes solides. De cette expérience, refaite plus tard par C. Bernard, on peut tirer la conclusion suivante: 1° les filets sympathiques sont les antagonistes des filets de la corde du tympan; 2° en dehors de ce rôle d'arrêt qu'ils exercent sur l'action des filets de la corde, les filets sympathiques ont une action sécrétoire directe sur la glande.

2° Rôle des vaisseaux.

Il n'est pas douteux que l'action d'arrêt exercée par les fibres du sympathique est due à la mise en œuvre de la vaso-motricité qu'elles possèdent; il n'est pas douteux, non plus, que leur action sécrétoire appartient réellement à des fibres de sécrétion pure et non pas à des fibres vasculaires, car les fibres vasculaires du sympathique étant vaso-constrictives, leur excitation ne saurait produire qu'un arrêt de la sécrétion et non pas une sécrétion. Mais, en ce qui concerne la corde du tympan, la question est plus compliquée. Agit-elle sur la sécrétion sous-maxillaire par des fibres de vaso-dilatation, ou bien, au contraire, par des fibres propres de sécrétion? L'une et l'autre théorie ont été défendues.

A. Théorie vasculaire.

Pour C. Bernard, la sécrétion de la glande sous-maxillaire dépendait de ses modifications vasculaires. Il basait son opinion sur les expériences suivantes:

α *Quand la glande est au repos*, le sang qui revient par les veines est noir; *quand elle est en activité*, il devient rouge, sa pression et sa vitesse sont augmentées. Si, à ce moment, on coupe la corde, le sang redevient noir et la sécrétion s'arrête (C. Bernard, 1858).

β *Si on galvanise le nerf lingual*, qui contient la corde du tympan, après avoir enlevé grande quantité de sang à l'animal, il est sécrété peu de salive; mais si, alors, on réinjecte du sérum sanguin à l'animal et qu'on excite le nerf, la réaction devient abondante (C. Bernard, 1858).

Owsjanikow et Tchiriew ont repris la thèse de C. Bernard, mais en l'appuyant sur des expériences faciles à critiquer. Ayant remarqué que l'excitation de tout nerf sensitif est accompagnée d'hypersécrétion de salive, ils pensaient que cette excitation amenait le resserrement de tous les vaisseaux de l'organisme, mais que ceux des glandes salivaires, ayant des parois plus minces, se laissaient dilater par le sang et que la salivation devenait alors plus abondante. Or, pourquoi ce résultat ne s'expliquerait-il pas aussi bien, sinon mieux, par l'hypothèse d'une action réflexe sur des nerfs sécréteurs directs? C'est même cette dernière hypothèse que corrobore l'expérience de Grutzner et Chtapowsky qui, ayant atropiné les animaux (l'atropine n'a aucune action sur les vaso-moteurs, mais paralyse les sécréteurs), ont vu le même procédé expérimental ne plus produire de salivation.

B. Théorie nerveuse.

Ludwig, le premier, démontra, par les constatations suivantes, que, dans la sécrétion sous-maxillaire, tout ne dépend pas des modifications vasculaires: 1° la pression du liquide dans le canal de Wharton est supérieure à la pression du sang dans les artères de la glande; de même la température de cette salive est plus élevée que celle du sang des mêmes artères; 2° la ligature des artères de la glande et la décapitation (expériences de Ludwig et de Hahn) n'empêchent pas la sécrétion de la salive sous-maxillaire.

Plus tard, Heindenhain et von Vittisch confirment cette théorie en paralysant les nerfs sécréteurs par l'atropine et en constatant, malgré cela, que, si on électrise la corde du tympan chez un animal ainsi empoisonné, aucune sécrétion ne se produit, mais que les phénomènes de vaso-dilatation sont évidents. Et la sécrétion réapparaît dès qu'on annihile l'action de l'atropine par la fève de Calabar.

Strauss, inversement, provoque la salivation sans congestion glandulaire en administrant de la pilocarpine.

Enfin, Jolyet et Laffont tranchent définitivement le débat par deux séries d'expériences (1885): 1° on excite directement le facial à son origine dans le crâne et on provoque une sécrétion sous-maxillaire abondante, sans injection des vaisseaux de la glande ou de la langue; 2° on excite le lingual au-dessous du point où il se confond avec la corde et, alors, on détermine la sécrétion sous-maxillaire avec dilatation des vaisseaux de la glande et rougeur évidente de la moitié de la langue correspondant au côté sur lequel on opère.

(*A suivre.*) P. S.

Le Directeur-Gérant: F. de Ranse.

Société nouvelle de l'Imprimerie Schiller (en formation). — Bourgeois. Paris. — 10, rue du Faubourg-Montmartre.

66e Année. 9e Série. Tome II — N° 42 — 19 Octobre 1895

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : Dr F. de RANSE — *Rédacteur en chef :* Dr Pierre SEBILEAU

Secrétaire de la Rédaction : M. Em. EMERY

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 28, rue Vignon

CLINIQUE CHIRURGICALE

Des kystes simples de la mamelle. — Insuffisance de la ponction exploratrice pour leur diagnostic (1).

Par A. Boiffin (de Nantes), professeur de clinique chirurgicale à l'École de Médecine.

Tous les cliniciens connaissent la difficulté et même l'impossibilité du diagnostic pour certaines petites tumeurs du sein à caractères mal tranchés pendant une partie de leur évolution. Cependant la malade pose anxieusement la question : « Ai-je un cancer ? »

C'est en vain que l'on analyse scrupuleusement toute l'histoire de cette malade ; on ne trouve aucun élément pour poser un diagnostic certain.

Rien ne l'éclaire : ni l'étiologie, soit par un traumatisme, soit par une lactation plus ou moins récente; ni la marche de la tumeur qui dans le cancer est ordinairement lente, mais peut aussi évoluer avec une rapidité parfois bien trompeuse; ni la douleur qui peut manquer même dans une affection nettement inflammatoire, mais à marche chronique, mais qui fait aussi défaut dans le cancer au début; ni la forme de la tumeur, qui, par des contours réguliers, éveille bien l'idée d'une tumeur bénigne sans prolongements rameux dans les parties voisines de la glande, mais qui peut donner la sensation d'une plaque dure, irrégulière et sans limites précises, et répondre à une simple mastite chronique ou à un adéno-fibrôme kystique; enfin, ni la consistance de cette masse, qui, formée d'une simple cavité remplie de liquide, a souvent une dureté ligneuse, semblant ne pouvoir se rapporter qu'à une tumeur maligne.

(1) In *Archives provinciales de Chirurgie.*

Dans ces petites tumeurs, l'examen des signes rationnels et physiques peut donc rester insuffisant à lever le doute, et on en serait réduit à laisser le temps venir faciliter un diagnostic qu'il serait cependant si important de faire d'une façon précoce, dans le cas où il s'agirait d'nn néoplasme de nature maligne.

Les tumeurs, qui ont pris un grand développement, ne laissent guère de doute en effet; mais ne savons-nous pas que la récidive est alors presque fatale, et le chirurgien n'a guère lieu de se réjouir d'avoir un diagnostic si facile et une intervention si nettement indiquée.

Je ne parle pas ici de cette affection spéciale que Reclus nous a fait connaître à nouveau sous le nom de maladie kystique de la mamelle, où la glande entière et même les deux seins sont envahis par une transformation kystique généralisée, dont la nature est encore mal connue, mais dont les signes physiques forment un ensemble caractéristique ; je n'ai en vue ici que la petite tumeur, unique, se développant dans une mamelle saine dans ses autres parties.

Je ne sais si parmi les vivants il se trouve un chirurgien pouvant se flatter de n'avoir jamais commis d'erreur de diagnostic de ce genre; mais ils sont devenus classiques les faits où des chirurgiens, tels que A. Cooper, Dupuytren, Roux, Velpeau, ont enlevé des mamelles qu'ils croyaient cancéreuses et dans lesquelles ils ne trouvaient ensuite qu'une cavité kystique plus ou moins grande remplie, soit de pus, soit d'un liquide de caractères variables.

Aussi bien venons-nous de traverser une assez longue période où la tumeur adénoïde des auteurs était sagement respectée et soumise à une compression aussi prolongée que souvent inutile, car sous cette étiquette se trouvaient rangées des tumeurs bien différentes, dont la nature histologique commence à peine à être nettement établie. Que l'on ait fait ainsi diminuer et même disparaître certaines mastites chroniques, si on regarde comme disparues les masses qui ne sont pas cliniquement appréciables : nous en avons tous observé quelques faits; mais combien sont nombreuses les tumeurs ainsi malaxées et comprimées, qui ont affirmé par la suite leur nature maligne et nécessité une intervention qui, certes, n'avait rien gagné à être ainsi retardée.

Parmi ces tumeurs soi-disant bénignes, pour lesquelles une intervention sanglante paraissait excessive, se trouve une variété constituée par un ou plusieurs gros kystes appelés par quelques-uns *kystes simples* ou *kystes séreux essentiels*, remplis d'un contenu sirupeux, quelquefois tout

à fait liquide, filant, de couleur variable, brunâtre ou verdâtre, et dont la paroi mince semble bien formée par la distension d'un conduit galactophore à cause de sa faible épaisseur.

Or, ces tumeurs liquides donnent le plus souvent la sensation d'une masse solide, tant est grande la tension de leur contenu; la difficulté du diagnostic, dont nous parlions au début, se pose donc pour cette variété de néoplasme.

Etant donné la nature de leur contenu liquide, il devait venir à l'esprit de quelques-uns de faire le diagnostic à l'aide de la ponction exploratrice, et même d'en obtenir la guérison par une simple injection modificatrice. C'eût été en effet pour le mieux : on avait ainsi facilement établi la nature bénigne, et on avait comblé de joie la malade en la guérissant aisément, après l'avoir rassurée sur sa tumeur. « Grâce à l'emploi de la petite seringue exploratrice, moyen aussi innocent que précieux, le seul qui donne un signe vraiment pathognomonique, seule la ponction indique que cette tumeur, d'une dureté souvent pierreuse, contient du liquide, elle seule indique la nature de ce liquide. On voit le corps de la seringue se remplir d'une substance gommeuse et verdâtre qui rappelle comme consistance et comme coloration les divers degrés de dilution de l'absinthe. Ce moyen ne provoque jamais d'accidents, et les malades les plus pusillanimes s'y soumettent. Dans tous les cas où le diagnostic de cancer ne s'impose pas, il faut plonger dans la tumeur une aiguille de Pravaz. » Voilà ce que disent les adeptes de la ponction.

Le moyen est en effet des plus simples, et satisfait, du moins pour l'instant, et l'opérateur et l'opérée.

La ponction viendrait donc remplacer la compression d'antan.

Mais le moyen, d'apparence si séduisante, est-il vraiment aussi sûr pour le diagnostic, aussi utile pour le traitement de ces kystes, et même est-il aussi innocent qu'on veut bien le dire ?

J'apporte ici quelques faits qui contredisent absolument ces trois propositions, et établissent, au contraire, que la ponction exploratrice est insuffisante pour établir la nature bénigne de ces tumeurs kystiques; que le traitement, par une simple injection modificatrice, iodée ou iodoformée, est lui-même incertain, et que ce n'est peut-être pas impunément que l'on plonge, parfois à plusieurs reprises, un trocart, si petit qu'il soit, dans une tumeur maligne, si la masse est par malheur vraiment solide, et si on a pratiqué ce traumatisme, sans être préparé à enlever sur le champ le néoplasme.

Dans un *premier cas*, j'examinais une femme de 35 ans, de bonne santé générale, qui, sans cause appréciable, avait remarqué depuis trois mois le développement d'une grosseur dans le sein droit. Cette tumeur avait atteint le volume d'une grosse noix; elle était indolente, assez facilement isolable du reste de la glande, sans engorgement ganglionnaire à l'aisselle, mais absolument dure à la palpation. Le mamelon ne présentait aucune modification, et la peau au niveau de la tumeur était normale. Je pensais de suite à la possibilité d'une tumeur kystique et je proposais à la malade de faire, séance tenante, une ponction exploratrice qui fut acceptée assez facilement.

J'aspirai à trois reprises avec la seringue de Pravaz; puis je fis couler simplement, par la canule, un liquide un peu filant, brunâtre, représentant environ 10 à 15 grammes. La tumeur s'était complètement affaissée; je fis passer aussitôt, par la même canule restée en place, deux seringues de teinture d'iode; puis je laissai le liquide ressortir au bout de quelques instants.

La malade revint quelques jours après; tout s'était passé très simplement, mais il s'était reformé un peu de liquide. Je ne revis plus cette femme, je la croyais guérie, quand j'appris quelques mois plus tard qu'un autre chirurgien lui avait enlevé le sein, la tumeur s'était donc reproduite.

Dans le *second cas*, il s'agit d'une femme de 50 ans qui, depuis 5 à 6 mois, avait reconnu une petite tumeur dans le sein droit; cette tumeur avait peu à peu augmenté au point d'atteindre le volume d'une mandarine; elle était d'une consistance absolument dure et régulière; mais ses limites étaient assez nettes, le mamelon ni la peau ne présentaient aucune altération; toutefois, on sentait quelques petits ganglions difficiles à trouver dans l'aisselle. Etant donnés l'âge de la malade, la consistance de la tumeur et ces ganglions, quoique petits, je penchai pour une tumeur de nature maligne. Je proposai de vérifier, par une incision, si l'ablation du sein était nécessaire, ou si, au contraire, il suffirait d'enlever la grosseur sans toucher au reste de la glande. Cette intervention fut acceptée. Je fis, sous la partie inférieure de la glande, une incision de 10 à 12 centimètres, et j'allai directement sur la tumeur d'où un coup de bistouri fit jaillir environ 50 grammes d'un liquide verdâtre : c'était un kyste. Je fis simplement l'ablation du segment correspondant de la mamelle, comprenant ainsi la paroi du kyste et les tissus ambiants. La réunion se fit par première intention; en 8 jours, la malade reprenait ses occupations.

Le lendemain de l'opération, j'examinai plus attentivement la pièce anatomique et, après avoir ouvert la poche kystique sur toute sa longueur, je remarquai dans un point une saillie du volume d'une grosse noisette, rouge, légèrement framboisée, tranchant nettement sur le reste de la paroi, qui était absolument lisse, unie, blanchâtre. Sur cette saillie, je fis passer un coup de scalpel perpendiculairement à la paroi et je mis à nu la section d'une petite tumeur solide s'enfonçant dans les tissus voisins et ayant tous les caractères de l'épithélioma au début. Je me félicitai d'avoir enlevé cette tumeur, mais je gardai quelques réserves sur les ganglions de l'aisselle; aussi je recommandai à la malade de s'observer de ce côté et de revenir me voir dès qu'elle remarquerait une augmentation de ces ganglions. Je n'ai pas revu cette femme; j'ai tout lieu de croire qu'elle est restée guérie.

Le *troisième fait* a rapport à une femme de 48 ans environ, que notre collègue, le Dr Attimont, m'adressa pour une tumeur du sein qui lui parut très suspecte. Cette tumeur s'était manifestée depuis 4 à 5 mois; elle avait augmenté sans causer des douleurs, et avait atteint le volume d'une grosse noix : elle était un peu irrégulière, bosselée, de consistance dure, ligneuse, et ses parties périphériques étaient mal délimitées par rapport aux parties voisines de la glande. Pas de changement à la peau ni au mamelon; pas de ganglions.

Je déclarai à la malade que cette tumeur n'était pas d'une façon certaine de nature maligne, mais que, en tenant compte de son âge, de la dureté de la tumeur, et de ses

connexions intimes avec le reste de la glande mammaire, il était prudent d'en faire l'ablation, cette grosseur pouvant se transformer un jour plus ou moins rapproché.

Quoique cette idée d'opération ne sourît guère à la malade, celle-ci l'accepta néanmoins à ce moment. Mais son entourage intervenant, il fut décidé de consulter un autre chirurgien avant de prendre une résolution.

Ce confrère fut probablement pris des mêmes doutes sur le diagnostic, car, avant de conseiller l'ablation de la tumeur, il proposa de faire une ponction exploratrice séance tenante dans son cabinet.

Il évacua ainsi le contenu d'un kyste qui constituait du moins en grande partie la tumeur; aussitôt il fit une injection modificatrice dans la poche pour empêcher la reproduction du liquide.

La malade était remplie de joie à la pensée qu'elle avait échappé ainsi à l'opération relativement grave que je lui avait conseillée; mais, comme déjà cette idée de malignité possible de ces kystes hantait mon esprit, je m'intéressais vivement à l'avenir de cette femme, et malheureusement pour elle j'eus une véritable satisfaction scientifique en apprenant que, quelques mois après l'injection, la tumeur s'était reproduite et avait pris des caractères alarmants tels que le chirurgien, que la ponction avait d'abord rendu conservateur, avait dû pratiquer l'ablation du sein malade.

La seringue avait donc donné un diagnostic faux, n'avait pas guéri le néoplasme, et avait fait perdre plusieurs mois pendant lesquels un cancer aurait pu étaler ses traînées lymphatiques, sans compter que ce traumatisme d'une ponction et d'une injection caustique peut très bien avoir donné un coup de fouet au néoplasme. Si cette femme faisait un jour de la généralisation cancéreuse, ne pourrait-on à bon droit incriminer la seringue?

Enfin, je viens d'observer *un autre fait*, aussi instructif quoique différent. Une fille de 26 ans, sans antécédents pathologiques, s'aperçoit d'une petite grosseur dans le sein droit, à la partie externe et non loin du mamelon. Dans les deux mois suivants, cette tumeur augmente d'une façon appréciable sans déterminer la moindre douleur. A l'examen, je trouve une petite masse du volume d'une noix, un peu lobulée à sa périphérie, d'une consistance ferme et régulière, et nettement isolable du reste de la glande. Aucune modification du mamelon ni de la peau recouvrant la tumeur; pas de ganglions axillaires. Je regardai le diagnostic de kyste comme le plus probable à cause de l'âge, de la marche du néoplasme et de ses caractères; mais je m'abstins de faire une ponction, que je regardai comme inutile et dangereuse, et je conseillai de faire le plus tôt possible l'ablation de cette tumeur. Cette opération fut faite quatre jours après.

Une incision pratiquée sur la tumeur et aboutissant au mamelon mit à nu une masse solide, nettement encapsulée, facile à énucléer et présentant seulement des rapports intimes avec les canaux galactophores se rendant au mamelon. La plaie fut réunie par première intention et la malade guérie le huitième jour. L'examen immédiat de la tumeur permit de reconnaître les caractères macroscopiques du sarcôme; la pièce a été remise au laboratoire d'histologie à l'Ecole.

Dans ce cas, la ponction exploratrice aurait été non seulement inutile, mais dangereuse; ce n'est pas sans danger en effet que l'on perfore ainsi la capsule d'une tumeur probablement éminemment maligne, et, si petite que soit la perforation, elle n'en risque pas moins de faire passer dans la circulation les éléments infectieux du néoplasme.

Je n'insiste pas sur le dernier fait où l'inutilité et les dangers de la ponction exploratrice ne sont que trop évidents; mais, dans les autres cas, cette ponction, que quelques-uns regardent comme le seul moyen infaillible de donner un signe pathognomonique établissant la nature bénigne de l'affection, cette ponction, à quoi a-t-elle servi dans les deux cas où elle a été faite? A faire une erreur de diagnostic. Bien qu'on ait évidé un kyste, il y avait dans la paroi les éléments d'un néoplasme, qui a continué à évoluer. Ce n'est donc pas un moyen si précieux qu'on a bien voulu le dire. Par ailleurs, dans le cas où je me suis abstenu de faire cette exploration, j'ai épargné à la malade cette ponction, l'injection qui en aurait été la suite naturelle et trois mois d'illusion inutile et même regrettable.

Mais pourquoi ce moyen qui, au premier abord, semble si ingénieux et si utile, devient-il insuffisant pour assurer le diagnostic dans certains cas, tandis que l'on cite des exemples de guérisons obtenues à l'aide d'une simple injection iodée?

C'est que les kystes simples, dits kystes séreux essentiels, ne sont qu'une erreur d'anatomie pathologique. Ces kystes n'ont pas une existence personnelle, indépendante, et, à part la galactocèle, ils dérivent tous, soit de mastites chroniques, soit d'un néoplasme: adéno-fibrôme, adéno-sarcôme ou encore épithélioma. En d'autres termes, ils ne constituent qu'une modification plus ou moins marquante dans l'évolution d'une affection soit inflammatoire, soit néoplasique du sein.

Or, si, à la vérité, on peut enrayer une lésion inflammatoire par un moyen aussi simple qu'une ponction, suivie d'injection, il en va tout autrement quand, par malheur, il s'agit d'un kyste évoluant sur un fond néoplasique; et il faut bien savoir que ce kyste peut offrir des parois minces et régulières, où l'on ne trouve qu'à grand'peine le noyau solide, encore petit, qui ne tardera pas à dominer la scène et à prendre toute l'importance qui lui revient et que la jonction laisse méconnaître, en permettant de croire à l'un de ces kystes séreux de Velpeau. Mon ami Vignard, pendant son internat à Paris, a recueilli une pièce fort instructive à cet égard; il l'a présentée, en 1888, à la Société anatomique, comme étant un type de kyste séreux essentiel. Or, le professeur Cornil, après un examen minutieux, montra qu'il s'agissait là d'un adéno-fibrôme kystique.

Par ailleurs, il est un autre côté de l'histoire de ces tumeurs qui doit peser très lourd sur leur traitement.

Il est, en effet, reconnu aujourd'hui que certains néoplasmes, de nature primitivement bénigne, subissent des modifications dans leur structure et, à un moment donné, présentent tous les caractères de la malignité. Tantôt c'est le stroma conjonctif qui entre en prolifération: d'où un adéno-fibrôme; tantôt c'est l'épithélium qui se modifie: d'où un épithélioma. Bien plus, ces transformations différentes peuvent atteindre simultanément des points différents d'une même tumeur.

A quel moment se font les modifications dans la nature de ces néoplasmes? Il est impossible encore de surprendre ce changement en train de s'opérer. Que reste-t-il dès lors

de tous nos moyens cliniques pour établir la nature de ces néoplasmes kystiques, si ce n'est la conscience de notre impuissance de diagnostic dans un certain nombre de cas?

La seule conclusion, c'est que, même dans le cas où on a la conviction plus ou moins solide qu'on a affaire à une tumeur bénigne, le pronostic doit être absolument réservé pour l'avenir.

Est-il donc nécessaire d'avoir un diagnostic plus certain, pour établir un traitement rationnel? Assurément non.

Si la compression donne de temps en temps une diminution, rarement la disparition de quelques tumeurs du sein, elle donne de piètres résultats pour la majorité des cas.

L'injection iodée ou iodoformée n'est pas plus sûre.

Dès lors, si l'on garde quelque doute sur la nature solide ou liquide de la tumeur, au lieu d'offrir à la malade la satisfaction illusoire de voir la seringue aspiratrice se remplir, peut-être en laissant un avenir plein de menaces, pourquoi ne pas déclarer nettement qu'il faut pratiquer une incision exploratrice, permettant d'examiner directement la tumeur en place, d'en établir la nature et de faire soit l'ablation de cette tumeur seule, soit un sacrifice plus large s'il en est besoin?

Pour les kystes de toutes les autres régions, il est admis aujourd'hui qu'il faut en tenter l'ablation si elle est possible, pourquoi cette règle de thérapeutique ne s'appliquerait-elle pas aux kystes du sein?

Dès lors, la ponction exploratrice n'a plus d'indication et l'on peut dire que c'est là de la mauvaise petite chirurgie.

En fait de tumeurs du sein, un pronostic pessimiste est préférable aux illusions consolantes, mais décevantes, qui mènent à des désastres; car, si le chirurgien peut être utile, c'est dans la période de début de l'affection, quand la lésion est encore purement locale et permet une intervention assurant définitivement l'avenir de ces malades, en les mettant à l'abri d'une récidive.

REVUE DE LA PRESSE

Traumatismes et diathèses; responsabilité civile, par M. LEGRAIN. (In *Annales d'Hygiène publique et de Médecine légale*, juin 1895.)

Les économistes modernes, dit en se résumant M. Legrain, font depuis quelques temps intervenir ce qu'ils appellent les « risques professionnels ». Le risque professionnel comprend non seulement les accidents imputables à une négligence du patron ou des employés, mais encore et surtout les accidents de cause absolument fortuite, indépendante de toute faute de qui que ce soit.

La législation allemande met le risque professionnel à la charge du patron. Jusqu'à présent, la législation française, comme celle d'Angleterre et d'Amérique, se borne à imposer au patron le devoir de réparer le préjudice par lui causé.

Les conséquences diathésiques d'un accident sont donc jusqu'ici à la charge de l'ouvrier; mais si les tendances d'outre-Rhin sont ultérieurement partagées par les législateurs français, la question subsistera encore pour les médecins légistes, parce que la loi ne mettra jamais à la charge du patron l'accident dû à la volonté de l'ouvrier ou à son impéritie avérée. Il est évident qu'un état diathésique préexistant sera toujours assimilé par la jurisprudence à une impéritie grave ou à une blessure volontaire de l'ouvrier. C'est donc au patron qu'incombera la ressource de faire appel à une expertise médicale en vue de fournir la preuve de l'état diathésique préexistant. Déjà de grandes administrations ont prévu les discussions de ce genre; elles n'incorporent leur personnel qu'après une visite médicale destinée à prendre date des infirmités existantes au moment de l'entrée en service. La question des traumatismes et des diathèses aura donc toujours une grande importance médico-légale.

La sérothérapie dans ses rapports avec la pharmacologie, par M. G. POUCHET. (In *Annales d'Hygiène publique et de Médecine légale*, janvier 1895.)

Ce sujet a été traité au commencement de la présente année scolaire à la leçon d'ouverture du cours de pharmacologie. Après une étude très approfondie des sérums et de leur action, M. Pouchet en arrive à conclure qu'il est parfaitement rationnel de comparer actuellement les bouillons de culture susceptibles de conférer l'immunisation à l'un de ces extraits végétaux tels que l'opium, que l'on savait depuis longtemps forts actif, mais dont le mode d'action n'a pu commencer à s'interpréter qu'après l'isolement des principes immédiats de constitution chimique et de propriétés physiologiques différentes que la persévérance des chercheurs a fini par en tirer. Il n'est pas plus extraordinaire de voir une toxine affecter un organisme et en laisser un autre indemne que de voir la morphine, l'atropine, la strychnine agir sur les cellules nerveuses des vertébrés supérieurs et n'avoir aucune action sur celles d'autres espèces animales. M. Pouchet ne peut s'empêcher de considérer ces phénomènes comme étant étroitement de même ordre et sa conviction est que la voie dans laquelle il faut marcher est celle de l'analyse immédiate de ces toxines dont on arrivera sûrement quelque jour à séparer et à bien connaître les principes actifs. Toute tentative faite soit dans la voie chimique, soit dans la voie physiologique pour arriver à ce but, est un pas en avant pour la solution de ce problème.

Quel que soit l'avenir réservé à la sérothérapie, ajoute le savant professeur, qui peut prévoir les modifications que la connaissance exacte de ces principes immédiats pourrait apporter dans la prophylaxie et la thérapeutique des maladies infectieuses?

Des différents modes d'application du mercure en thérapeutique oculaire : frictions, injections hypodermiques intra-oculaires et sous-conjonctivales. — Revue générale, par M. DARIER. (In *Gazette des Hôpitaux*, n° 101, 1894.)

Dans les affections oculaires où la médication mercurielle générale est indiquée il faut, dit l'auteur, donner la préférence aux injections hypodermiques de sels solubles en général et au cyanure de mercure en particulier. Et ces injections il convient de les faire avec des solutions abondantes et diluées; ainsi peut-on employer en une séance 5 centimètres cubes d'une solution contenant 5 milligrammes de cyanure (dose maxima), autant de cocaïne et 35 milligrammes de chlorure de sodium.

S'il est impossible d'avoir le malade sous la main et s'il n'y a pas de médecin pour pratiquer les injections, les frictions sont indiquées et donnent de bons résultats si l'on a soin de bien donner au malade les indications nécessaires à une cure sérieuse.

Les injections massives de sels insolubles doivent être réservées aux cas qui ont déjà subi en partie une cure

mercurielle et qui ont montré pour cette médication une tolérance parfaite.

Les injections intra-oculaires sont surtout indiquées dans les affections graves du corps vitré : infections traumatiques profondes, ophtalmie sympathique avancée, affections syphilitiques graves ayant résisté au traitement général et aux injections sous-conjonctivales.

Ces dernières agissent comme le plus puissant et le plus prompt moyen de pratiquer l'antisepsie dans les infections traumatiques ou opératoires, dans les ulcères infectieux et les abcès de la cornée avec hypopion ; elles ont une puissante action résolutive sur la kératite parenchymateuse torpide, sur les exsudats choroïdiens et certaines iritis plastiques quand il n'y a pas une stase veineuse trop marquée ; comme antisyphilitiques elles ont une action rapide et intense sur les manifestations oculaires de la syphilis à toutes ses périodes.

Contribution à l'étude étiologique et pathogénique de la sclérose multiple cérébro-spinale, par M. Lebrun. (In *Archives Médicales belges*, juillet et août 1894.)

De l'action des maladies infectieuses sur le système circulatoire, des caractères de l'inflammation des foyers scléreux, de l'origine vasculaire manifeste de cette inflammation, de l'existence fréquente d'une maladie infectieuse antérieure à la sclérose multiple, de la configuration spéciale et de la dissémination des plaques de sclérose, de l'apparition, de l'aggravation ou des rémissions de la sclérose insulaire lors d'une cause influant sur la circulation sanguine ; enfin, de l'intégrité absolue de la substance nerveuse jusqu'à un stade parfois très avancé de la maladie, l'auteur conclut :

1° Que la sclérose en plaques est une sclérose d'origine vasculaire, l'artérite étant primitive et le résultat d'une inflammation provoquée par les germes transportés par la circulation sanguine lors d'une infection de l'organisme ;

2° Que loin d'attribuer aux autres causes (refroidissements ; traumatismes, émotions violentes, excès) la même influence étiologique qu'aux maladies infectieuses on devrait à l'avenir considérer la sclérose insulaire comme une maladie dont la cause efficiente est l'infection, réservant les autres influences comme causes occasionnelles.

Conformation des organes génitaux chez les idiots et les imbéciles, par M. Voisin (Communication à la Société de Médecine légale de France). (In *Annales de Médecine légale et d'Hygiène publique*, 1894.)

Il ressort des recherches faites par M. Voisin sur 150 enfants que la puberté ne paraît pas retardée chez les idiots et les imbéciles et qu'il existe des anomalies des organes génitaux dans la proportion de 75 0/0 portant surtout sur le capuchon du clitoris. Sur les petites lèvres et la membrane hymen, le capuchon est très développé et présente des replis nombreux. Les petites lèvres sont aussi quelquefois très développées.

La membrane hymen présente le plus souvent la forme labiée ; de plus, quand cette forme labiée existe, une des lèvres peut être plissée, dédoublée, et dans ces cas la fente hyménale ne paraît jamais être au milieu de la vulve.

Enfin, un grand nombre d'idiotes ou d'imbéciles, un quart environ, sont déflorées par la masturbation.

Comment distinguera-t-on cette défloration due à l'onanisme de la défloration due à un viol par exemple, en l'absence de tout commémoratif ?

M. Voisin croit que la déchirure de l'hymen d'un seul côté avec adhérence de cet hymen à la petite lèvre du même côté par du tissu cicatriciel, l'existence de plusieurs plis de cette petite lèvre et la pigmentation plus marquée avec l'hypertrophie de cette lèvre, sont des signes irréfutables de masturbation.

Dans le viol avec intromission de l'organe sexuel, l'hymen est déchiré généralement en plusieurs points à droite, à gauche et en bas. Au niveau de ces déchirures il n'y a pas généralement d'adhérences de la membrane à la petite lèvre ; la membrane hymen revient sur elle-même, se rétracte et peut présenter de petites caroncules libres dans le vagin. Ici, au contraire, il y a adhérences aux parties voisines par du tissu cicatriciel, entretenue par la masturbation.

Observations de péritonites généralisées guéries par le traitement médical, par M. Revillion. (In *Revue médicale de la Suisse romande*, octobre 1894.)

Il ne faut jamais désespérer d'une péritonite. Le traitement médical avec ses ressources ne doit pas être délaissé.

La diète, soit l'abstinence absolue de toute alimentation autre que l'eau prise par cuillerée, lorsqu'elle est tolérée, est une vraie puissance thérapeutique qui peut être continuée plusieurs jours, aidée par l'immobilisation de tout l'individu.

Les sangsues jugulent à coup sûr le processus inflammatoire et sont soutenues dans leur action par l'onguent gris belladoné, les cataplasmes, les fomentations calmantes dont la chaleur favorise l'action des phagocytes, enfin, par le calomel, avec les mille manières de l'administrer qui en font à volonté un altérant, un antiseptique, un cholagogue ou un purgatif.

L'opium calme le trisplanchnique, les mouvements antipéristalliques et les vomissements.

Les petits vésicatoires, les mouches de Milan « loco dolenti » arrêtent net ces petits foyers péritoniques qu'annoncent les piqûres douloureuses et qui menaceraient de rouvrir le feu dans toute la séreuse.

L'ichthyole, qui a déjà fait ses preuves dans l'érysipèle, agit aussi bien dans la péritonite, dans sa période aiguë et chronique en faisant résorber les masses infiltrées du péritoine et de l'épiploon.

De la paresthésie pharyngo-laryngienne et nasale chez les neurasthéniques, par M. Böttey. (In *Revue de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie*, 15 septembre 1894.)

Les conclusions de l'auteur sont :

1° Les neurasthéniques et les simplement nerveux se plaignent parfois d'une sensation de pression, d'obstruction, de gêne dans le nez et sur le dos du nez qui ne correspond pas toujours à une lésion appréciable.

2° La paresthésie du pharynx chez ces individus se localise presque toujours au niveau de l'os hyoïde ou de la racine du pilier postérieur.

3° La paresthésie du larynx et de la trachée au niveau du cricoïde et des deux premiers anneaux de la trachée.

Ch. Amat.

A L'ÉTRANGER

ALLEMAGNE

Le bacille des oreillons.

M. Letzerich (*Allg. Med. Centr. Ztg.*, 21 août 1895) a ensemencé de l'urine d'enfants atteints d'oreillons sur la pomme de terre, et, à une température de 30°, il a vu des membranes sèches se développer. Ces membranes ont une couleur mate, des contours irréguliers. Elles sont formées d'une colonie de bacilles.

C'est ce bacille que M. Letzerich considère comme l'agent spécifique des oreillons. C'est un microorganisme un peu plus court, mais plus large que celui de l'influenza. Il se colore en rouge très foncé à sa périphérie, en rouge clair dans son centre, sous l'influence du diamant fuchsine. On voit, enfin, deux spores colorables aussi et de la même façon à chacun des pôles du bacille.

Ces bacilles et ces spores se rencontrent dans l'urine des enfants atteints d'infection ourlienne. Mais dans le sang de ces malades on ne voit que les spores du bacille.

Myocardite d'origine alcoolique.

M. Aufrecht (*Deutsch. Arch. fur klin. Med.*, LIV) a décrit une myocardite spéciale d'origine alcoolique.

C'est une affection à évolution lente, débutant par les signes d'une maladie de cœur ordinaire : augmentation de la matité cardiaque et léger souffle systolique. Plus tard apparaissent de l'ascite, de l'anasarque, des lésions hépatiques, qui guérissent contrairement à l'attente du médecin.

La myocardite alcoolique se présente avec des symptômes cardiaques, hépatiques et rénaux. On comprend donc que le pronostic soit défavorable. Cependant ce pronostic est loin d'être celui d'une maladie de cœur ordinaire. Il est tout entier sous la dépendance des lésions du foie, qui peuvent devenir irrémédiables, des lésions du rein qui peuvent engendrer une néphrite parenchymateuse. Si le foie et le rein fonctionnent encore bien, tout peut rentrer dans l'ordre.

A l'autopsie, du côté du cœur, on ne trouve que de la dilatation de ses cavités, de l'épaississement de ses parois, et enfin des altérations caractéristiques de myocardite. Les reins sont tuméfiés, à moins qu'ils ne soient atteints de néphrite parenchymateuse. Le foie présente également une tuméfaction marquée, sauf dans le cas où il est cirrhotique.

Cette affection se confondra facilement avec la néphrite, mais ici la dyspnée apparaît au repos comme pendant les mouvements, alors que l'effort seul les provoque dans la myocardite alcoolique. L'angine de poitrine se distinguera par les douleurs précordiales qui l'accompagnent.

En somme, la myocardite alcoolique est relativement bénigne, car elle peut guérir; mais, si le traitement n'est pas rigoureusement suivi, elle est l'origine de troubles hépatiques rénaux mortels.

Extirpation de l'épiglotte.

Rosenbaum (*Arch. für klin. Chir.*, XLIX), à propos d'une intervention d'Israel nécessitée par une tumeur maligne de l'épiglotte, a en l'occasion de faire un travail sur la pharyngotomie sous-hyoïdienne, à laquelle ce chirurgien s'était adressé.

La pharyngotomie sous-hyoïdienne est une opération connue depuis longtemps, mais fort peu pratiquée à cause de la mortalité qu'elle a entraînée à sa suite, comme cause de la difficulté du traitement consécutif. En effet, l'auteur n'est guère arrivé à réunir dans son étude plus de trente observations où l'on avait eu recours à cette opération.

Il faut dire que, pour les tumeurs de l'épiglotte, alors qu'il s'agit d'enlever complètement cet organe, la pharyngotomie sous-hyoïdienne est encore le traitement de choix.

Tel était le cas du malade d'Israel. Le malade présentait un néoplasme de l'épiglotte, durant déjà depuis trois ans. Voici comment le chirurgien allemand procéda :

Il fit tout d'abord la trachéotomie et, trois jours plus tard seulement, procéda à l'ablation de la tumeur. Après une incision transversale passant sous l'os hyoïde, les muscles qui s'insèrent à cet os furent coupés. L'artère et le nerf laryngés supérieurs ayant été soigneusement évités, le ligament thyro-hyoïdien médian fut sectionné à son tour et, après lui, le repli glosso-épiglottique fut aussi sectionné. L'opérateur attira enfin l'épiglotte en dehors ; son extirpation fut dès lors facile.

Le pharynx fut ensuite complètement fermé par des sutures de la muqueuse, des muscles et de la peau. Un tampon avec fil sortant par la bouche fut introduit dans le pharynx ; enfin une sonde fut placée à demeure dans l'œsophage par la voie nasale.

Trois semaines après l'opération, la déglutition commençait à se faire normalement, sans le secours de la sonde. Il fallut intervenir encore sur ce malade quelque temps plus tard pour enlever des ganglions cancéreux ; mais aujourd'hui, deux ans après l'intervention, le malade est en bonne santé.

Telle est la technique telle que la donne l'auteur dans son travail. Il insiste sur certains points, particulièrement la nécessité d'une trachéotomie préalable, l'importance qu'il y a ne pas léser le nerf laryngé supérieur, de même que l'artère qui l'accompagne.

Enfin, Rosenhaum fait également ressortir que le malade est aujourd'hui en bonne santé et que sa déglutition se fait normalement, quoi qu'il soit privé d'épiglotte. Cet organe est-il donc si indispensable qu'on le dit? Non, répond Rosenhaum, pour qui la fermeture réflexe de la glotte et le mouvement qui porte le larynx en haut et en avant, sous la base de la langue, seraient suffisants à assurer le bon fonctionnement de la déglutition.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 16 octobre. — Présidence de M. Théophile Anger.

Recherches bactériologiques dans l'appendicite.

M. Monod. — Au cours de la discussion sur l'appendicite qui eut lieu au mois de juillet dernier, j'ai promis de donner les résultats bactériologiques des cas présentés par moi à la Société. Ces résultats obtenus par mon chef de laboratoire, M. Macaigne, sont les suivants :

a) Le pus de l'appendicite préparé sur lamelle montre une grande richesse microbienne ;

b) Sur agar, on obtient seulement le bacterium coli commune, tandis que par les bouillons de culture on décèle le streptocoque.

Il semble donc, pour conclure, que le streptocoque soit le principal agent de l'appendicite. Et c'est un agent constant à côté duquel le bacterium coli ne se montre qu'accidentellement.

Résultats éloignés de la gastro-entérostomie par le bouton de Murphy.

M. Quénu. — Voici une pièce qui provient d'une malade récemment décédée dans mon service. Cette malade fut opérée par moi il y a 16 mois. J'avais tout d'abord fait chez elle une laparotomie exploratrice, au cours de laquelle j'avais constaté que ma malade était atteinte d'un cancer de la région pylorique peu étendu et très opérable. Quelques semaines plus tard, étant donnée cette constatation, je fis, chez cette malade, une gastro-entérostomie à l'aide du bouton de Murphy. En même temps, je réséquai le carcinôme du pylore et j'obturai, à la fois, l'extrémité pylorique de l'estomac et l'extrémité gastrique du duodénum qui restèrent accolées l'une à l'autre. Après cette opération, l'état général de la malade devint meilleur ; elle avait augmenté de 35 livres dans l'espace de deux mois, lorsque je la présentai à l'Académie de médecine.

Un an plus tard, jour pour jour, la malade perdait soudain l'appétit et ses digestions devenaient difficiles. Cependant elle n'avait presque jamais de vomissements. J'insiste à dessein sur ce fait, vous allez voir pourquoi.

Cette malade est morte, en effet, dans un état d'amaigrissement typique et avec un ictère intense, près de 17 mois, je le répète, après la gastro-entérostomie. Or, *elle n'avait jamais rendu le bouton de Murphy*. Elle s'observait très bien à ce sujet; elle savait quel intérêt j'y attachais. Son observation était exacte. A l'au-

topsie nous avons, en effet, retrouvé le bouton dans l'estomac. Le bouton était absolument libre, et sa présence, si longtemps supportée par la muqueuse gastrique, n'avait été la cause d'aucun désordre appréciable. Mais ce n'est pas tout.

Cet examen *post mortem* a montré, en outre, des dispositions anatomiques intéressantes, et ce sont elles qui m'ont surtout engagé à vous présenter cette pièce.

Vous voyez, d'abord, que la communication établie par la gastro-entérostomie entre l'estomac et le jéjunum est parfaitement restée libre.

Remarquez ensuite la différence de lumière qui existe entre l'extrémité colique de l'anse jéjunale anastomosée et l'extrémité duodénale de cette anse. Celle-ci est atrophiée, tandis que celle-là présente un volume normal Il y a en là, par défaut de fonctionnement intestinal, adaptation du segment de duodénum conservé à une nouvelle fonction, qui était de servir uniquement de voie d'excrétion à la bile et au suc pancréatique.

Enfin, la récidive cancéreuse que nous avons trouvée à l'autopsie s'était produite dans les ganglions voisins, lesquels avaient englobé dans leur masse le canal cholédoque et le canal de Wirsung ; de là, une rétention de bile marquée du vivant de la malade par l'ictère intense dont je vous ai parlé et qui s'est accompagnée tout naturellement de troubles digestifs et de cachexie.

M. Monod. — M. Quénu a-t-il fait le renversement de l'anse jéjunale en pratiquant la gastro-entérostomie ?

M. Quénu. — Je ne l'ai pas fait.

M. Bazy. — Comme M. Monod, je préconise l'utilité du renversement de l'intestin. De plus, je demanderai à M. Quénu s'il a eu soin, étant donné l'envahissement des canaux du pancréas par la tumeur, d'examiner les urines de sa malade au point de vue du sucre.

M. Tuffier. — En quel point exact avait commencé la récidive ? Et ne pourrait-on pas supposer qu'elle s'est produite à distance comme nous le voyons quelquefois dans d'autres cas de cancer ?

M. Quénu. — Je réponds à M. Tuffier que la récidive a commencé dans le segment duodéno-gastrique qui séparait les deux bouts accolés de la masse cancéreuse antérieurement réséquée par moi. De plus, j'émets des doutes sur l'indépendance que M. Tuffier semble admettre entre la récidive sur une surface séreuse et un foyer ulcéré. Je crois que des récidives de ce genre se font sur place, par l'intermédiaire des vaisseaux lymphatiques qui traversent la paroi intestinale. Si ces récidives ont lieu, c'est parce que nous intervenons toujours trop tard. Notre conduite sera, néanmoins, longue à se modifier, étant données les difficultés cliniques du diagnostic de la tumeur cancéreuse.

A M. Bazy, je répondrai que la tête du pancréas était envahie par la récidive. Je n'ai pas analysé les urines au point de vue du sucre. J'aurais pu le faire ; c'eût été intéressant au point de vue physiologique, mais l'intervention opératoire n'y eût rien gagné.

Du traitement de l'appendicite.

M. Kirmisson. — Je n'ai pas voulu prendre part à la discussion sur le traitement de l'appendicite, au mois de juillet dernier, parce que je n'avais rien à ajouter aux déclarations de mes collègues. Mais, pendant les vacances, j'ai été témoin d'un fait qui m'oblige à parler.

Un jeune homme de 21 ans, soigné pour phtisie avancée dans le service de M. Hutinel, à l'hospice des Enfants-Assistés, est atteint d'appendicite et l'on me prie de l'opérer.

Je vois un malade amaigri qui, depuis deux jours, présente des symptômes de péritonite avec vomissements, douleurs, ballonnement du ventre, pouls petit et rapide, température à 39°. Par une palpation attentive, je détermine un point douloureux dans la fosse iliaque droite et autre point douloureux dans la fosse iliaque gauche. Je diagnostique enfin une péritonite consécutive à une appendicite et je décide l'intervention.

J'ai donc fait l'incision classique préconisée par Roux. J'ai décollé le péritoine et je n'ai pas vu de pus tout d'abord, mais un peu de sérosité. Cependant, les anses intestinales, dans la fosse iliaque droite, étaient légèrement agglutinées et à peine quelques gouttes de pus s'échappèrent-elles de la partie supérieure de l'incision. Il m'a été impossible de reconnaître où se trouvait l'appendice. J'allais donc, quoique mécontent de mon intervention, arrêter là mes recherches et tamponner avec de la gaze iodoformée, que je me rappelai la douleur accusée par le malade au niveau de la fosse iliaque gauche. Je fis alors une pression méthodique à ce niveau et je vis, à ma grande satisfaction, sourdre quelques gouttes de pus de la partie inféro-interne de mon incision. Avec l'index gauche, je décollai légèrement les anses intestinales dans ce point. Au fur et à mesure de ce décollement, le pus se montra en plus grande quantité. Mon index pénétra enfin dans le petit bassin et ce furent alors des flots de pus qui se montrèrent. Il ne me restait plus qu'à drainer. J'établis donc deux gros drains dans l'excavation pelvienne et je fis des lavages à l'eau stérilisée jusqu'à ce que le liquide sortît parfaitement clair.

Cette opération eut des suites favorables. Les lavages consécutifs ne ramenèrent jamais de pus. Quelques jours plus tard, il y eut une diarrhée profuse due probablement à des ulcérations de l'intestin chez un malade foncièrement tuberculeux. Aujourd'hui, enfin, le malade est guéri.

J'ajoute qu'au point de vue bactériologique, l'examen a montré la présence dans le pus du bacterium coli commune. Il semble donc qu'il ne s'agissait pas là d'une appendicite tuberculeuse ; tout au moins est-il impossible d'affirmer le contraire.

J'ai donc cru utile de rapporter ce fait, dont tout l'intérêt réside dans l'intervention que j'aurais faite incomplètement, n'eût été la présence d'une douleur dans la fosse iliaque gauche auparavant accusée par le malade ; et j'ai pensé qu'il était bon d'insister sur ces douleurs irradiées comme étant une preuve de l'irradiation même de la collection purulente.

En définitive, j'estime qu'il est difficile d'établir des règles fixes dans le traitement de l'appendicite, mais je crois qu'il ne faut pas être trop sobre dans l'intervention.

M. Berger. — M. Kirmisson a raison d'insister sur les localisations intra-péritonéales de l'abcès péricæcal. Pour ma part, j'ai souvent suivi une conduite semblable à celle qu'il vient de nous tracer et j'ai, aujourd'hui, l'habitude de drainer le petit bassin quand j'opère l'appendicite.

M. Tuffier. — Au sujet des suppurations pelviennes d'origine appendiculaire je crois utile d'insister sur les avantages que l'on retire du toucher rectal au point de vue du diagnostic.

M. Quénu. — Je m'inscris en faux contre une semblable exploration, outre qu'elle est inutile devant le syndrome bien net de l'appendicite, elle met le chirurgien qui a fait le toucher rectal dans l'impossibilité d'opérer avec des doigts aseptiques.

J'ai déjà dit que, dans les formes généralisées de la péritonite, il fallait faire la laparotomie, tandis que dans les formes localisées de l'appendicite, il fallait se contenter d'ouvrir et de drainer sans faire de délabrements.

Il m'est cependant arrivé, la nuit dernière, d'opérer une appendicite dans laquelle il était difficile d'établir si la péritonite était localisée ou généralisée. Après l'incision, j'ai rencontré un liquide louche, le liquide péritonéal septique, et, à l'exemple de M. Berger, j'ai cru devoir drainer le petit bassin. Je conviens donc qu'il y a des cas très douteux dans lesquels ma conduite habituelle est obligée de se modifier.

M. Monod. — A l'appui du fait signalé par M. Kirmisson, je rapporterai le cas d'un malade qui me fut envoyé par M. Faisans, pendant les vacances, avec une appendicite suppurée. Je l'opérai, je ne trouvai pas de pus et je me contentai de drainer à la gaze iodoformée, conformément aux règles que je défends avec M. Quénu. Cinq jours plus tard, on m'annonça que la collection

purulente s'était ouverte et vidée par le drainage iodoformé. Aujourd'hui, ce malade va bien. Je répète donc que, lorsque l'on ne trouve pas de collection de pus, il faut éviter tout délabrement.

M. Michaux. — Je serais tenté de m'élever, de concert avec M. Quénu, contre le toucher rectal, s'il n'avait été pour moi le seul moyen de porter un diagnostic et de faire une intervention utile dans un cas d'appendicite observé à l'hôpital Trousseau, un jour que j'étais de garde au Bureau central.

M. Reclus. — Puisque la discussion semble aujourd'hui se cantonner dans le fait de savoir s'il faut aller à la recherche du foyer purulent quand on opère l'appendicite, je dirai que mon principe est de le rechercher et de me guider dans cette recherche sur l'appendice. Si donc je conseille de rechercher l'appendice, c'est moins pour le réséquer que pour m'en servir comme d'un guide.

En un mot, je suis moins préoccupé de trouver le pus que l'appendice qui me conduira sur les collections purulentes. Et cet appendice je le résèque néanmoins toutes les fois que cela m'est possible. Les malades guérissent plus vite et l'on supprime ainsi un organe généralement lésé, comme nous le savons tous, et qui reste un danger imminent pour le malade.

M. Routier. — Quand j'ai trouvé du pus en opérant l'appendicite, j'en ai toujours trouvé dans le petit bassin.

Or, les malades qui arrivent à la période du pus, sont des malades en voie de guérison. Que vous les opériez d'une façon ou d'une autre, ils sont destinés à guérir. Bien différents sont les malades qui présentent un liquide de la nature du bouillon dans leur péritoine. C'est chez ceux-là qu'il faut de préférence aller à la recherche de la collection.

M. Quénu. — Je suis très embarrassé pour savoir lequel des conseils donnés par M. Reclus il est bon de suivre. Vous dites qu'il faut commencer par trouver l'appendice. Mais vous ne savez jamais où vous le trouverez. Des chirurgiens américains sont même allés, à ce point de vue, jusqu'à conseiller la laparotomie médiane exploratrice pour déterminer la position de l'appendice avant d'ouvrir la collection purulente.

Pour ma part, je répète que je ne recherche jamais l'appendice et que j'évite même d'ouvrir le foyer de pus quand il ne se présente pas à mes yeux aussitôt l'incision classique faite. Mais je me contente d'établir un drainage à la gaze iodoformée. Je crée ainsi la limitation du foyer où qu'il soit et la gaze du drainage est une voie d'appel pour le pus. Ce sont, d'ailleurs, là des faits qui reposent sur la pathologie générale autant que sur les faits cliniques jusqu'ici observés. Telle a toujours été ma conduite depuis trois ans que je défends ces idées. Jamais elle ne m'a fait défaut. Pendant les vacances, M. Sebileau et mes internes ont suivi cinq fois dans mon service ces préceptes avec le même succès.

En un mot, si nous voulons convaincre les médecins de l'utilité de l'intervention dans l'appendicite, il faut les convaincre de l'innocuité de cette intervention. Dans ce but, je crois que ma méthode répond à tous le desiderata.

M. Tuffier. — Je tiens à répéter que j'érige en règle générale l'utilité qu'il y a, selon moi, de faire le toucher rectal. Je veux qu'il n'y ait pas d'équivoque sur ce point.

De plus, je crois qu'il faut aller moins à la recherche de l'appendice qu'à la recherche du foyer. Trouver du pus, telle doit être l'idée dominante et la seule raison justifiant l'intervention.

M. Nélaton. — Il ne faut pas confondre, à mon avis, les cas opérés par M. Quénu qui n'étaient, en somme, que des foyers pérityphiliques avec les cas signalés par quelques-uns de mes collègues et par moi-même où il existait des foyers multiples péritonéaux et intra-pelviens. M. Quénu a bien réussi dans le traitement des premiers cas par son procédé. Quant aux seconds faits, j'estime qu'il faut évacuer coûte que coûte tous les foyers sous peine de faire de la besogne inutile. Mais je conviens que le diagnostic est ici difficile, malgré l'importance des signes de la fausse occlusion dont j'ai déjà parlé.

M. Reclus. — A la vérité, il est bien difficile, le plus souvent, de savoir ce que l'on doit faire. M. Quénu dit que je n'ai pas vu de cas où d'autres foyers se soient développés après l'ouverture de l'abcès péricæcal. Or, je puis citer un cas observé avec le professeur Trélat et M. Brissaud, où nous opérâmes un abcès iliaque, lequel fut suivi plus tard d'une collection qui vint monter vers la région lombaire, et dans ce cas le malade mourut.

M. Bazy. — J'ai deux points à signaler :

a) Je crains que, dans cette question, on néglige trop la typhlite des anciens auteurs.

b) Tout en admettant la localisation du pus dans le petit bassin dont j'ai, à mon actif, deux faits intéressants, je crains que M. Routier admette cette localisation d'une façon trop exclusive.

M. Delorme. — J'ai toujours été très perplexe sur la conduite qu'il faut tenir devant l'appendicite. Dans certains cas, j'ai fait des délabrements pour aller à la recherche du pus et j'ai infecté le péritoine de mes malades. Dans d'autres cas, j'ai laissé dans ce péritoine des collections voisines du foyer péri-appendiculaire. Aujourd'hui, je suis décidé à faire, dans tous les cas, une intervention large plutôt que de me restreindre si malencontreusement.

M. Reynier. — Je ne pense pas qu'il soit toujours suffisant de mettre de la gaze, ainsi que le dit M. Quénu. Mettez de la gaze et le pus viendra, dit notre collègue. Si le pus est près de la gaze, cela se fera. Mais, si le pus est loin, cela ne se fera pas et l'on sera exposé, ainsi que je l'ai été, à voir le pus fuir la gaze pour aller se déverser dans la plèvre.

M. Brun. — A l'appui du dire de M. Reclus, j'ai pour principe de toujours rechercher l'appendice pour l'enlever et d'évacuer le pus d'un foyer péricæcal.

M. Kirmisson. — Ma communication n'avait pas pour but de réveiller cette longue discussion sur une question dont les difficultés présentent un polymorphisme si complet. Mais je crains que, mise sur un tel terrain, la discussion ne puisse jamais aboutir. Il y a là, en effet, avant tout, deux ordres de faits bien distincts : les abcès de la fosse iliaque qui sont des cas de péritonite localisée et les cas de péritonite généralisée. Tant que l'on confondra, dans la discussion, l'une et l'autre sortes de faits, on ne pourra jamais s'entendre.

M. Chevassou (médecin militaire) présente un malade qui, après une chute sur la tête, a présenté des phénomènes de paralysie faciale, de crises convulsives et chez lequel la trépanation au niveau de la zône motrice a fait disparaître tous ces accidents. L'observation de ce malade est remise à M. Poirier qui est chargé de faire un rapport sur cette question.

M. Picqué dépose au bureau de la Société deux observations de M. Chevassou :

a) Suture de l'urèthre après rupture traumatique.

b) Péritonite suppurée enkystée, consécutive à une appendicite perforante dans la scarlatine.

M. Picqué est chargé de faire un rapport sur ces deux observations.

En raison du prochain Congrès de Chirurgie, la séance du 23 octobre 1895 n'aura pas lieu. J. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 15 octobre.

Toxicité comparée des différentes boissons alcooliques.

M. Daremberg. — J'ai mesuré la toxicité de différentes boissons alcooliques en me servant d'injections intraveineuses faites au lapin.

Les coagulations intraveineuses peuvent être assez facilement évitées, si l'on prend soin de diluer l'alcool au-dessous de 40°.

J'ai vu par ces expériences que l'alcool pnr à 10° est moins toxique que les alcools impurs, comme l'eau-de-vie, et surtout la vieille eau-de-vie marquant le même degré ; qu'une solntion d'eau-de-vie de vin à 10° d'alcool est moins toxique qu'un vin à 10°; que le vin rouge est très sensiblement plus toxique que le vin blanc, quand ce vin blanc est produit par la fermentation dn seul jns de raisin. La toxicité dn vin rouge s'explique par ce fait que le vin ronge est le prodnit de la fermentation du raisin tont entier : jus, peau et pépins. De ces substances viennent des impuretés comme des huiles essentielles, du furfurol, des alcools supérieurs, des acides volatils, du tannin et dn bitartrate de potasse. Ce dernier corps devient très toxique à la longue.

Il fandrait donc modifier la fabrication des vins ronges, de manière à diminuer leur toxicité, sans toucher à leur alcool ni à leur arome.

Les effets toxiques des boissons alcooliques ne se voient d'ailleurs que chez les individns à foie et à reins fonctionnant d'une façon insuffisante. Si, au contraire, les poisons sont hien éliminés, rien de semblable n'est à craindre.

Des diverses variétés de soufre employées en thérapeutique.

M. Prunier montre que le soufre précipité, obtenn à froid, est la forme la plus active sous laquelle le soufre puisse être employé en thérapentique. Cela tient à l'état de division de cette variété de soufre, et à la présence d'éléments nouveaux : le soufre nacré et surtout le hisulfure d'hydrogène. Celui-ci apporte avec lui les propriétés des sulfures et dégage peu à peu de l'hydrogène sulfuré. Ces différents corps ont une action très énergique.

Mais les sulfures d'hydrogène disparaissent peu à peu avec le temps, l'activité dn soufre précipité est d'antant moindre que le produit est plus ancien.

M. Fournier a remarqué depuis longtemps que le soufre lavé et précipité est la préparation qui donne les meilleurs résultats en thérapeutique dermatologique.

Des ixodes.

M. Mégnin. — Les tiques ou ixodes ne peuvent inoculer aucun venin ni transporter aucun élément septique. Les femelles fécondées des ixodes s'attachent seules anx animaux à sang chaud, et s'y fixent si solidement qu'elles ne peuvent passer à un autre animal. Elles se détachent quand elles sont repues pour aller pondre dans la terre où elles meurent. Aussi ne peut-on pas les considérer comme les agents de transmission d'une maladie des ruminants appelée fièvre du Texas.

D'autre part, ces parasites n'ont aucun pouvoir venimeux. Aussi peut-on dire que les tiques ou ixodes sont les plus inoffensifs des acariens parasites.

M. Leblanc. — Les tentatives d'inoculation d'animaux sains, an moyen d'ixodes venant de bœufs malades, n'ont pas abouti. Mais le contact d'animaux malades avec des animaux indemnes confère à ces derniers la maladie.

Quand les animaux remontent des parties méridionales de l'Amérique du Nord vers des régions plus septentrionales, la maladie disparaît : c'est là encore une preuve que la fièvre du Texas évolue comme la malaria.

Jean Petit.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 12 octobre.

Traitement de la pneumonie par les inhalations de nitrite d'amyle à haute dose.

M. Hayem. — En étudiant les poisons du sang et plus particulièrement ceux qni transforment l'hémoglobine en méthémoglobine, j'ai vu que le nitrite d'amyle ponvait être employé dans le traitement des maladies infectieuses de l'appareil respiratoire, en raison de sa volatilité et de son innocuité relative.

Le nitrite d'amyle est le type des agents méthémoglobinisants, transformant l'hémoglobine *in situ*, dans le globule, sans le détruire, sans amener l'anémie globulaire et l'altération dn sang par les débris de globules, comme le font les chlorates.

Je suis arrivé à faire respirer à l'homme, en nne seule séance, 60, 80 et même 100 gonttes de nitrite d'amyle, sans accident.

Mes essais ont porté sur la tuberculose pulmonaire et la pneumonie.

Le traitement de la pneumonie par le nitrite d'amyle a donné des résultats très encourageants.

On verse d'emblée une quinzaine de gouttes de nitrite d'amyle pur an centre d'une compresse maintenue à deux ou trois centimètres en avant du nez et de la bouche du malade. On renouvelle deux on trois fois cette dose, et on use ainsi dans une séance de cinq minutes nne cinquantaine de gouttes dn médicament. On observe les effets habituels du nitrite d'amyle: rougeur de la face, accélération des battements artériels et des mouvements respiratoires ; à la fin, il existe un peu de cyanose et d'engourdissement.

Dans les cas ordinaires, une inbalation par jour suffit; dans les cas graves, je fais une inhalation matin et soir. On ponrsuit le traitement deux ou trois jours après la défervescence. Ce traitement n'empêche pas l'usage de l'alcool (60 à 100 grammes de cognac ou de rhum par jour), ni les bains.

Ce traitement n'a pas d'action snr la durée de la maladie ni sur la marche de la température. Ses effets sont locaux, pulmonaires, et consistent en :

Diminution plus ou moins marquée et rapide de la dyspnée et modification des crachats qui deviennent moins visqueux.

Le nitrite d'amyle a-t-il une action antimicrobique? Chez les animaux (cobaye, lapin) il semble atténuer légèrement le bacille de la tuberculose.

D'après une observation clinique il semble ne pas avoir d'action antipneumococcique, puisqu'un tuberculeux soumis au traitement par le nitrite d'amyle fut atteint de pneumonie fibrineuse.

Je rapporte son action à l'influence qu'il exerce sur la circulation pulmonaire. Il facilite la circulation du sang dans le poumon hépatisé et le décongestionne.

J'ai ainsi traité 77 pnenmonies de janvier 1893 à fin juillet 1895.

J'ai eu 16 décès sur 77 cas, soit 21 pour 100, chiffre très favorable pour l'hôpital Saint-Antoine où la pneumonie est généralement très meurtrière. Les 16 décès comprennent 9 alcooliques, 1 méningite suppurée, 1 endocardite infectieuse, 1 péricardite, 1 nouvelle accouchée, 1 vieillard de 79 ans, 2 cas amenés mourants.

Parmi les cas de guérison : 10 pnenmonies bénignes non traitées par le nitrate d'amyle, 23 cas sérieux, 26 cas graves avec complication de cirrhose hypertrophique hiliaire, de tumenr maligne de l'abdomen, d'affection cardiaque avancée, de syphilis médullaire, de parotidite suppurée, etc.

Le traitement par le nitrite d'amyle est celui qui m'a donné les meilleurs résultats dans un milien où la pneumonie est des plus redoutables.

M. Ferrand croit également que la tolérance vis-à-vis du nitrite d'amyle est plus grande qu'on ne le croit. Un malade a pu renverser un flacon de nitrite d'amyle sur son oreiller et, s'étant contenté de le retourner, dormir sans accident.

M. Rendu. — La tolérance est très variable suivant les sujets. Certains malades présentent des phénomènes congestifs marqués qui obligent de suspendre le médicament.

M. Hayem. — Ce sont surtout des nerveux et des impressionnables chez qui s'observent des effets d'intolérance qui sonvent n'est qu'apparente. On peut les éviter en faisant respirer le nitrite d'amyle dans la position couchée.

Son innocuité relative provient de ce qu'il n'a sur les globules

qu'une action passagère et transforme difficilement l'hémoglobine en méthémoglobine. Il faut des doses colossales pour tuer un chien.

M. Merklen lit une note de **M. Mathieu** sur l'inspiration précipitée comme traitement du hoquet.

H. Méry.

ACTES DE LA FACULTÉ

DU 21 AU 26 OCTOBRE 1895

EXAMENS

Lundi 21 octobre. — 1er : MM. Lutz, Blanchard, Weiss.

Mardi 22 octobre. — 1er : MM. Gariel, Hanriot, Heim.

Mercredi 23 octobre. — 1er (1re série) : MM. Gautier, Blanchard, Weiss. — 1er (2e série) : MM. Gariel, Lutz, Heim. — 4e : MM. Pouchet, Landouzy, Letulle. — 5e Chirurgie (1re partie), Hôtel-Dieu : MM. Tillaux, Tuffier, Lejars. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu : MM. Pozzi, Joffroy, Netter.

Jeudi 24 octobre. — 1er (1re série) : MM. Lutz, Hanriot, Heim. — 1er (2e série) : MM. Blanchard, André, Weiss. — 2e (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Ménétrier, Roger.

Vendredi 25 octobre. — 1er (1re série) : MM. Gariel, Lutz, Blanchard. — 1er (2e série) : MM. Pouchet, Weiss, Heim. — 5e Chirurgie (1re partie, 1re série), Charité : MM. Tillaux, Lejars, Delbet. — 5e Chirurgie (1re partie, 2e série), Charité : MM. Terrier, Ricard, Tuffier. — 5e (2e partie), Charité : MM. Potain, Hayem, Gaucher.

Samedi 26 octobre. — 1er (1re série) : MM. Gariel, André, Heim. — 1er (2e série) : MM. Lutz, Blanchard, Weiss. — 5e (1re partie), Hôtel-Dieu : MM. Duplay, Berger, Albarran. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu : MM. Dieulafoy, Debove, Marfan.

OFFICIAT

Lundi 21 octobre. — 3e : MM. Potain, Straus, Letulle.

Mardi 22 octobre. — 2e : MM. Pouchet, Nélaton, Poirier.

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

FACULTÉ DE PARIS

Cours.

Chimie appliquée à la médecine: M. Gautier. Chimie médicale, minérale, organique et biologique ; mardi, jeudi, samedi, à midi (grand amphithéâtre).

Anatomie : M. Farabeuf. La tête et le rachis ; lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures (grand amphithéâtre).

Histologie : M. Mathias-Duval. La cellule et les tissus en général. Les tissus conjonctifs, cartilagineux, osseux. Les tissus musculaires. Le sang et les vaisseaux. Les glandes; mardi, jeudi, samedi, à 4 heures (grand amphithéâtre).

Physiologie: M. Richet. Respiration. Circulation. Digestion. Nutrition ; lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures (grand amphithéâtre de l'Ecole pratique).

Pathologie chirurgicale : M. Lannelongue (M. Nélaton, agrégé, suppléant). Chirurgie des membres ; lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures (petit amphithéâtre).

Opérations et appareils: M. Terrier. Opérations qui se pratiquent sur le cou, le thorax et le rachis ; lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures (grand amphithéâtre).

Pathologie médicale : M. Dieulafoy. Maladies des reins ; mardi, jeudi, samedi, à 3 heures (grand amphithéâtre).

Pathologie expérimentale et comparée : M. Straus. La bactériologie dans ses applications à la médecine. Technique bactériologique. Principaux microbes pathogènes; lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures (amphithéâtre du laboratoire de pathologie expérimentale à l'Ecole pratique).

Anatomie pathologique (fondation Dupuytren) : M. Cornil. Anatomie pathologique générale. Lésions des cellules. Inflammations. Dégénérescences. Néoplasmes. Lésions dues à la présence des parasites ; lundi, vendredi, à 5 heures (petit amphithéâtre) ; mercredi, à 2 heures (Ecole pratique).

Thérapeutique et matière médicale : M. Landouzy. Sérothérapie : doctrine et applications. — Des médications et indications thérapeutiques au cours des affections du rein; lundi, mercredi, vendredi, à 3 heures (grand amphithéâtre de l'Ecole pratique).

Pharmacologie : M. Pouchet. Antiseptiques. Anesthésiques et antianesthésiques. Hypnotiques ; mardi, jeudi, samedi, à 4 heures (amphithéâtre de pharmacologie).

Histoire de la médecine et de la chirurgie (fondation Salmon de Champotrau) : M. Laboulhéne. Histoire des doctrines médicales. Biographie et bibliographie médico-chirurgicales ; mardi, jeudi, samedi, à 4 heures (petit amphithéâtre).

Conférences de médecine légale : M. Brouardel. Conférences de médecine légale pratique ; lundi, mercredi, vendredi, à 2 heures (à la Morgue).

Cliniques.

Cliniques médicales : M. G. Sée (M. Charrin, agrégé, chargé de cours), lundi, vendredi, à 10 heures (à l'Hôtel-Dieu); M. Potain, mardi, samedi, à 10 heures (à la Charité) ; M. Jaccoud, mardi, samedi, à 9 heures et demie (à la Pitié) ; M. Hayem, mardi, jeudi, samedi, à 10 heures (à l'hôpital Saint-Antoine).

Cliniques chirurgicales : M. Duplay, mardi, vendredi, à 9 heures et demie (à l'Hôtel-Dieu) ; M. Le Dentu, mardi, vendredi, à 9 heures et demie (à l'hôpital Necker) ; M. Tillaux, lundi, mercredi, vendredi, à 9 heures et demie (à la Charité) ; M. Berger, lundi, vendredi, à 9 heures et demie (à la Pitié).

Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale : M. Joffroy, mercredi, samedi, à 9 heures et demie (à l'asile Sainte-Anne).

Clinique des maladies des enfants: M. Grancher (M. Marfan, agrégé, chargé de cours), mardi, samedi, à 4 heures (à l'hôpital des Enfants-Malades).

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques: M. Fournier, mardi, vendredi, à 9 heures et demie (à l'hôpital Saint-Louis).

Clinique des maladies du système nerveux : M. Raymond, mardi, vendredi, à 10 heures (à la Salpêtrière).

Clinique ophtalmologique: M. Panas, lundi, vendredi, à 9 heures (à l'Hôtel-Dieu).

Clinique des maladies des voies urinaires : M. Guyon, mercredi, samedi, à 9 heures (à l'hôpital Necker).

Cliniques d'accouchements : M. Tarnier (M. Bar, agrégé, chargé de cours), mardi, samedi, à 9 heures (à la Clinique d'accouchements, rue d'Assas) ; M. Pinard, lundi, mercredi, vendredi, à 9 heures (à la Clinique d'accouchements, clinique Baudelocque, 125, boulevard de Port-Royal).

Conférences.

Anatomie : M. Poirier, agrégé. Abdomen et membre inférieur ; mardi, jeudi, samedi, à 5 heures (grand amphithéâtre de l'Ecole pratique).

Pathologie interne : M. F. Widal, agrégé. Maladies de l'appareil respiratoire ; lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures (grand amphithéâtre).

Pathologie externe : M. Tuffier, agrégé. Organes génito-urinaires ; mardi, jeudi, samedi, à 5 heures (petit amphithéâtre).

Médecine légale : M. Thoinot, agrégé. Blessures (homicide, suicide). — Empoisonnements. — Avortements ; lundi, mercredi, vendredi, à 6 heures (petit amphithéâtre).

Hygiène : M. Netter, agrégé. Etiologie et prophylaxie des maladies transmissibles. — Fièvres éruptives, diphtérie, tuberculose, lèpre ; mardi, jeudi, samedi, à 5 heures (grand amphithéâtre).

Obstétrique : M. Varnier, agrégé. La grossesse. — Accouchement normal. — Suite de couches normales et pathologiques. — Soins à donner aux nouveau-nés. — Pathologie de la grossesse ; mardi, jeudi, samedi, à 6 heures (petit amphithéâtre).

Maladies de la peau : M. Gaucher, agrégé. Dermatoses diathésiques et pathogénétiques ; dimanche, à 10 h. 1/2 (à l'hôpital Saint-Louis).

Travaux pratiques.

Chimie biologique : M. Hanriot, agrégé, chef des travaux. Manipulations de chimie biologique. — Conférences et démonstrations ; mardi, jeudi, samedi, de 8 heures à 10 h. 1/2 (Ecole pratique).

Anatomie : M. Poirier, agrégé, chef des travaux anatomiques. Dissection. — Démonstrations par les prosecteurs et les aides d'anatomie ; tous les jours, de 1 heure à 4 heures (Ecole pratique).

Anatomie pathologique : M. Brault, chef des travaux. Exercices pratiques d'anatomie pathologique. — Conférences et démonstrations ; tous les jours, à 2 heures (Laboratoire des travaux d'anatomie pathologique).

Des affiches spéciales feront connaître l'ouverture des travaux pratiques.

Direction des études pour le semestre d'hiver.

1° Ancien régime (décret du 20 juin 1878 : doctorat ; décret du 1er août 1883 : officiat).

Première année : Chimie médicale, physique médicale, histoire naturelle médicale, histologie ; travaux pratiques obligatoires (doctorat) : chimie, physique, histoire naturelle, histologie ; travaux pratiques obligatoires (officiat) : chimie, physique, histoire naturelle.

Deuxième année : Anatomie, histologie, physiologie, pathologie interne, pathologie externe ; travaux pratiques obligatoires (doctorat) : anatomie ; travaux pratiques obligatoires (officiat) : stage hospitalier, anatomie.

Troisième année : Anatomie, histologie, physiologie, anatomie et histologie pathologiques, pathologie interne, pathologie externe, opérations et appareils, thérapeutique et matière médicale, pharmacologie, cliniques médicale et chirurgicale ; travaux pratiques obligatoires (doctorat) : stage hospitalier, anatomie ; travaux pratiques obligatoires (officiat) : stage hospitalier, anatomie.

Quatrième année : Pathologie interne, anatomie pathologique, pathologie et thérapeutique générales, pathologie expérimentale, pathologie externe, opérations et appareils, hygiène, médecine légale, thérapeutique et matière médicale, pharmacologie, accouchements et maladies des femmes, cliniques médicale et chirurgicale ; clinique obstétricale, cliniques spéciales, histoire de la médecine et de la chirurgie ; travaux pratiques obligatoires (doctorat) : stage hospitalier, anatomie pathologique ; travaux pratiques obligatoires (officiat) : stage hospitalier, anatomie.

2° Nouveau régime (décret du 31 juillet 1893).

Première année : Anatomie, histologie, physiologie, chimie biologique ; travaux pratiques obligatoires : chimie biologique, dissection.

Deuxième année : Anatomie, histologie, pathologie externe, cliniques médicale et chirurgicale ; travaux pratiques obligatoires : stage hospitalier, dissection.

Troisième année : Pathologie interne, pathologie externe, médecine opératoire, accouchements, anatomie pathologique, histoire naturelle médicale (parasitologie), cliniques médicale et chirurgicale ; travaux pratiques obligatoires : stage hospitalier, anatomie pathologique, parasitologie (parasites animaux et végétaux), chimie pathologique.

Quatrième année : Thérapeutique, hygiène, médecine légale, pharmacologie, matière médicale botanique, cliniques médicale et chirurgicale, cliniques spéciales, clinique obstétricale, chimie et physique appliquées à l'hygiène et à la thérapeutique, histoire de la médecine et de la chirurgie ; travaux pratiques obligatoires : stage hospitalier spécial, stage obstétrical, chimie clinique ; travaux pratiques facultatifs : matière médicale botanique, matière médicale botanique, matière médicale chimique, matière médicale pharmaceutique, bactériologie.

Cinquième année : Travaux pratiques facultatifs : matière médicale pharmaceutique, bactériologie.

Les étudiants, inscrits avant le 1er octobre 1895, suivent l'ancien régime d'études ; ceux, inscrits à partir du 1er octobre 1895, suivent le nouveau régime d'études.

Le musée Orfila et le musée Dupuytren sont ouverts aux élèves tous les jours, de 11 h. à 4 h.

La bibliothèque est ouverte tous les jours de 11 h. du matin à 6 h. de l'après-midi et tous les soirs de 7 heures et demie à 10 heures et demie.

FACULTÉS ET ÉCOLES DE PROVINCE

Ecole de Médecine d'Angers.

M. Cann est institué, pour une période de neuf ans, chef des travaux d'histoire naturelle.

Ecole de Médecine de Besançon.

M. le docteur Bruchon, professeur d'anatomie, est mis à la retraite et nommé professeur honoraire.

Ecole de Médecine de Marseille.

M. Thonry est institué, pour une période de neuf ans, chef des travaux chimiques.

Ecole de Médecine de Poitiers.

M. le docteur Latrille, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, est chargé, en outre, des fonctions de chef des travaux de physiologie.

Ecole de Médecine de Reims.

Un concours s'ouvrira, le 15 avril 1896, devant la Faculté de Médecine de Nancy, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'Ecole de Médecine de Reims.

Ecole de Médecine de Tours.

Sont institués, pour une période de neuf ans, chefs de travaux : MM. Lapeyre (*médecine opératoire*) ; Pasquier (*physique et chimie*).

HOPITAUX ET ASILES

Concours de l'internat.

L'ouverture dudit concours, qui avait été fixée au lundi 21 octobre, est reculée au 25 octobre.

Le jury est définitivement composé de MM. Sevestre, Segond, Rochard, Pozzi, Bonnaire, Porak, Hallopeau, Audhoui, Mathieu, Pierre Delbet.

Hôpital Saint-Louis.

M. G. Lepage (suppléant de M. P. Bar) fera, tous les mardis à 9 heures 1/2, une conférence clinique d'obstétrique. — Tous les matins, visite à 9 heures.

Concours de l'externat.

Le jury est définitivement constitué comme suit : MM. Lepage, Guinon, Morel Lavallée, Wurtz, Sehileau, Dalché, Faure, Legueu.

Asiles d'aliénés de la Seine.

Un concours pour la nomination aux places d'interne titulaire en médecine dans les asiles publics d'aliénés du département de la Seine s'ouvrira à la préfecture de la Seine le 2 décembre 1895. Se faire inscrire à la préfecture de la Seine du 28 octobre au 9 novembre prochain.

Actes officiels.

Un décret en date du 7 octobre 1895 relatif aux dépenses du service de la justice maritime contient les articles suivants qui concernent le Corps médical :

Art. 14. — Une somme de 6 fr. est allouée par vacation aux médecins civils dont le ministère est requis en justice.

Art. 15. — Dans le cas de transport à plus de 2 kilomètres de leur résidence, les médecins, outre la taxe ci-dessus fixée, sont indemnisés de tous frais de voyage et de séjour, dans les conditions déterminées à l'article 24 du décret du 18 juin 1811, concernant le tarif général des frais de justice.

FAITS DIVERS

La direction de l'Institut Pasteur.

Le comité administratif de l'Institut Pasteur s'est réuni mercredi, à quatre heures, pour procéder à la nomination du nouveau directeur de l'Institut.

M. Duclaux, sous-directeur, a été élu directeur, et M. Roux sous-directeur. Tout le monde applaudira à ce choix judicieux.

Approvisionnement de Paris en eau potable.

Une discussion intéressante a eu lieu mercredi au Conseil municipal, à propos de l'alimentation de Paris en eau potable. Elle s'est terminée par l'adoption du vœu suivant :

Que le Parlement vote le plus rapidement possible le projet de loi relatif à la déclaration d'utilité publique de l'acquisition des sources des bassins du Loing et du Lunain.

En outre, le Conseil invite l'administration :

1° A préparer et à soumettre d'urgence au Conseil le programme des nouvelles adductions d'eau de source à effectuer en vue de répondre aux besoins de la consommation domestique jusqu'en 1920 ;

2° A proposer des mesures pour éviter ou tout au moins pour restreindre l'usage de l'eau de source dans les cabinets d'aisances ;

3° A hâter l'établissement des bassins de décantation et de filtrage de la Seine en amont de Paris ;

4° A prendre les mesures destinées à protéger la Seine contre toute souillure, depuis la traversée de Corbeil jusqu'à la prise d'eau d'alimentation de Choisy-le-Roi.

Le Conseil a également adopté une proposition de M. Levraud invitant l'administration :

1° A instituer des essais et des expériences sur la possibilité du rationnement partiel d'eau de source pendant les chaleurs exceptionnelles de l'été ;

2° A poursuivre avec la plus grande célérité la construction de nouveaux réservoirs ;

3° A activer les travaux d'adduction de nouvelles sources ;

4° A terminer la double canalisation destinée à la distribution de l'eau de Seine et de l'eau de source dans chaque maison, ces deux canalisations étant absolument séparées, sans aucune communication entre elles ;

5° A étudier immédiatement et à exécuter les travaux nécessaires pour diminuer la quantité d'eau distribuée individuellement à chaque locataire dans chaque maison.

Le boulevard Pasteur.

Le Conseil municipal a décidé de donner le nom de *boulevard Pasteur* au boulevard de Vaugirard, dans lequel débouche la rue Dutot, où a été édifié l'Institut de Microbiologie.

NOTES POUR L'INTERNAT

PHYSIOLOGIE DE LA GLANDE SOUS-MAXILLAIRE

(*Suite et fin.*)

3° Conclusion sur le rôle des nerfs et des vaisseaux.

Au total, ces différentes expériences montrent bien que la congestion et la sécrétion glandulaires sont deux phénomènes qu'on peut rendre momentanément indépendants par l'expérimentation, mais qui, à l'état physiologique, sont connexes et synchrones. C. Bernard avait raison de dire que, pendant la période d'activité de la glande, les vaisseaux en sont dilatés, la circulation accélérée ; que le sang sort rutilant et oxygéné des veines ; que celles-ci sont animées de battements, tandis qu'au contraire, pendant la période de repos, les parois des artères et des veines sont contractées et que le sang veineux de la glande est foncé et chargé d'acide carbonique. Au reste, qui fournirait aux éléments glandulaires leurs matériaux de sécrétion et qui donnerait aux terminaisons nerveuses leur excitabilité, sinon un sang animé d'une circulation active ?

Donc, physiologiquement, les deux phénomènes congestion et sécrétion sont et doivent être connexes et synchrones. Seule, l'expérimentation peut les dissocier.

Et c'est cette dissociation qui permet de reconnaître dans chacun des nerfs qui se rend à la glande, sympathique et corde du tympan, deux sortes de fibres : les unes vaso-motrices, les autres sécrétoires.

Pour le symphatique, les fibres vaso-motrices sont constrictives ; les fibres sécrétoires sont sécrétoires des parties organiques et donnent une salive riche en mucine ; elles commandent aux cellules muqueuses et provoquent les métamorphoses chimiques de leur protoplasma. Les unes et les autres sont contenues dans les mêmes troncs nerveux ; il n'y a pas de dissociation dans le trajet des fibres vasculaires et des fibres sécrétoires.

Pour la corde du tympan, les fibres vaso-motrices sont dilatatrices ; les fibres sécrétoires sont sécrétoires des parties aqueuses et commandent aux cellules albumineuses de la glande. Les filets vaso-dilatateurs suivent le trajet du trijumeau ; les filets sécrétoires suivent le facial et l'intermédiaire de Wrisberg, ainsi que le prouvent les deux expériences suivantes :

1° *Les filets sécrétoires viennent du facial.* — Jolyet et Lafont sectionnent le facial dans le crâne : abolition de la sécrétion sous-maxillaire. Quinze jours après, l'excitation de la corde du tympan laisse intacts les phénomènes vaso-dilatateurs, mais les phénomènes sécrétoires restent abolis, quelle que soit l'intensité de l'excitation.

2° *Les filets dilatateurs viennent du trijumeau.* — Après la section du tronc du trijumeau l'excitation du bout périphérique provoque la dilatation des vaisseaux de la glande sous-maxillaire sans aucune sécrétion.

4° Rôle des centres nerveux.

Ainsi donc, la sécrétion sous-maxillaire est un réflexe, dont la voie d'aller est le lingual et la voie de retour le sympathique et la corde du tympan. Mais il reste à savoir : 1° où est le centre de ce réflexe ; 2° si d'autres excitations périphériques peuvent lui donner naissance.

A. CENTRES DU RÉFLEXE.

1° *Bulbo-spinal.* — Il est mal connu. Loeb a fait voir que la section d'un côté de la base du quatrième ventricule produit une augmentation de la sécrétion de la glande sous-maxillaire du même côté.

2° *Cérébral.*

Du centre bulbo-spinal, les fibres remontent, sans doute, plus haut, jusque dans la substance grise des circonvolutions. L'électrisation des circonvolutions antérieures et des centres corticaux du facial amènent, chez le lapin, la salivation.

3° *Périphérique.*

Le ganglion sous-maxillaire joue, lui aussi, le rôle d'un centre périphérique, ainsi que le prouve l'expérience de C. Bernard, dont Schiff a nié la valeur, mais que Vulpian a confirmée. On isole le ganglion du système sympathique, puis on sectionne le lingual au-dessus du ganglion ; on excite alors la muqueuse linguale : il y a *sécrétion* ; on coupe alors, dans un complément d'expérience, le lingual entre la muqueuse et le ganglion ; si, alors, on excite la muqueuse, on ne provoque aucune sécrétion.

Ce ganglion serait un *centre modérateur*, car son ablation provoque une sécrétion continue, ce qui n'a pas lieu quand il n'est pas sacrifié, même après section des nerfs qui lui sont afférents. Les centres cérébro-spinaux seraient, par contre, *excitateurs*.

B. POINTS DE DÉPART DU RÉFLEXE.

Ce sont non seulement les terminaisons du nerf lingual, mais encore celles du nerf olfactif (certaines odeurs), celles des nerfs tactiles de la langue (excitation mécanique, frottement, parole), celles des nerfs de l'estomac (digestion stomacale), celle des nerfs de l'œsophage (salivation fréquente dans le cancer de l'œsophage). Enfin, le réflexe peut avoir son origine dans le cerveau lui-même ; seul, le *souvenir* d'un bon repas peut provoquer la salivation.

P. S.

Le Directeur-Gérant : F. DE RANSE.

Société nouvelle de l'IMPRIMERIE SCHILLER (en formation). — BOURGEOIS.
Paris. — 10, rue du Faubourg-Montmartre.

TRAVAUX ORIGINAUX

Des oreillons suppurés (1).

Par F. Barjon, interne des hôpitaux, préparateur à la Faculté de Lyon.

I

Quand on recherche les opinions des classiques sur la question des oreillons suppurés, on constate que quelques-uns nient formellement l'existence de la suppuration ourlienne et que tous s'accordent à reconnaître l'extrême rareté de cette complication.

Trousseau affirme, dans ses cliniques, que la parotidite ourlienne ne se termine jamais par suppuration. Cadet de Gassicourt dit qu'elle est tellement rare, qu'on se demande si, en pareil cas, quelque erreur de diagnostic n'a pas été commise. D'Heilly n'en connaît que fort peu d'exemples.

Laveran n'en a observé personnellement qu'un seul cas, en 1869, pendant l'épidémie de la caserne du Prince-Eugène. Pour Dieulafoy, la suppuration des glandes salivaires dans les oreillons est un cas exceptionnel.

Rillet et Barthez ne l'ont jamais observée (Epidémie de Genève, 1850). Rizet n'en a pas vu un seul cas (Epidémie d'Arras, 1865). Louis Guinon, Legroux et Hudelo citent les observations qui ont été publiées et les signalent comme exceptionnelles. Catrin, dans une revue récente, constate, sans insister, la rareté des oreillons suppurés.

Eichhorst et quelques auteurs allemands ont l'air de considérer cette terminaison comme plus fréquente, mais leur opinion est mise en doute, car ils font rentrer dans les oreillons beaucoup de parotidites symptomatiques; l'un d'eux, Fremmet, va même jusqu'à nier la différenciation des diverses parotidites en deux classes. Pour lui, les oreillons seraient aussi une parotidite symptomatique.

II

Parmi les observations connues, un certain nombre sont seulement signalées dans les ouvrages classiques, sans indication bibliographique précise et il ne m'a pas été possible de les retrouver dans la littérature. Quelques-unes même n'ont probablement pas été publiées *in extenso*.

Les cas les plus anciennement connus sont, sans doute, ceux rapportés par Dionis, dans l'épidémie des demoiselles de Saint-Cyr. Les oreillons se terminèrent, presque dans tous les cas, par un petit abcès qu'on fut obligé d'ouvrir. Ce rapport est accueilli encore aujourd'hui par quelques auteurs avec une certaine incrédulité.

D'Heilly fait mention d'une épidémie d'oreillons suppurés à Neustadt.

Fehr, cité par Laveran, aurait observé sur lui-même la suppuration.

Maslieurhat, cité par Bergeron, eut un cas d'oreillons suppurés dans l'épidémie de La Palisse, 1865.

Emond a publié un cas de suppuration survenu chez un jeune homme chétif, très lymphatique et placé dans de très mauvaises conditions hygiéniques.

Laveran en eut un cas dans l'épidémie de la caserne du Prince-Eugène, 1866.

Ferrand présenta à la Société médicale des Hôpitaux, en 1888, un cas d'oreillons sous-maxillaires doubles, suppurés, survenu dans le cours de la convalescence d'une roséole. Bucquoy contesta le diagnostic d'oreillons. En effet, il n'y avait pas d'épidémie, les oreillons sous-maxillaires sont relativement rares et la suppuration s'était produite d'une manière bien bâtive. Personnellement, sur plusieurs milliers de cas d'oreillons, il a observé deux fois la suppuration : celle-ci a toujours été tardive et lente à se collecter. Il semble plutôt qu'on ait affaire ici à une inflammation consécutive à la roséole.

Enfin, dans deux autres cas cités par Demme, il se développa sur la région parotidienne une plaque gangreneuse à tendance extensive qui entraîna la mort.

En somme, deux épidémies anciennes peu connues : Saint-Cyr et Neustadt; le cas personnel de Fehr; les trois observations publiées de Maslieurbat, Emond, Laveran; le cas de Ferrand contesté, les deux de Bucquoy non publiés et ceux de Demme terminés par la mort : tel est le bilan de la question jusqu'à ce jour.

A cette liste, nous ajouterons trois nouveaux cas observés récemment et que nous allons décrire.

III

Durant les mois de mai et juin 1895, sévissait, à l'Arbresle (Rhône), une épidémie d'oreillons.

C'est dans cette épidémie qu'ont pris naissance nos trois cas de suppuration et nous avons pu avoir sur eux quelques détails, grâce à la complaisance de MM. les docteurs Sainclair et Michel.

Ces trois cas se sont montrés exclusivement chez des adultes, quoique l'épidémie ait atteint un grand nombre d'enfants.

Le premier n'a rien présenté de particulier : suppuration survenue au cours de l'infection ourlienne sans accidents graves. Guérison.

Dans le deuxième cas l'abcès est devenu rapidement gangreneux; il s'est produit des escharres et des fusées purulentes le long des gaines vasculaires avec un état général mauvais, adynamique, mais sans grande élévation thermique (38°5) : le malade a guéri.

Le troisième cas est aussi un cas simple, mais ayant été hospitalisé; nous avons pu le suivre jour par jour et il présente sur les deux autres l'avantage d'avoir été observé plus complètement.

Observation. — Catherine P.., tisseuse, 24 ans, entre, le 8 mai 1895, salle des Quatrièmes-Femmes, service de M. le docteur Clément.

Cette malade vient de l'Arbresle où sévit une épidémie d'oreillons.

Antécédents héréditaires. — Sa mère serait morte d'une hémorrhagie (hémoptysie probable).

Une de ses sœurs a été soignée pour tuberculose du pied par M. le professeur Ollier.

Antécédents personnels. — De 18 à 20 ans elle a eu de la bronchite chronique avec quelques hémoptysies et des vomissements après les quintes de toux.

Elle paraît bien remise aujourd'hui, ne tousse plus. Depuis au moins 4 ans, elle n'a eu ni hémoptysie, ni sueurs nocturnes, elle a plutôt engraissé et paraît avoir un assez bon état général.

Etat actuel. — Elle entre pour une affection aiguë qui a débuté, il y a 10 à 12 jours, par des frissons, de la courbature, de la céphalée et un léger état nauséeux sans vomissements.

Au cinquième jour, gonflement de la parotide droite avec tendance de l'œdème à envahir la face et la paupière gauche.

(1) In *Province Médicale.*

Aujourd'hui, le même état persiste : gonflement bilatéral douloureux, mais modéré. L'écartement des mâchoires est toujours très limité.

Pas de rougeur superficielle.

Rien du côté du canal de Sténon.

Un peu de dysphagie, mais sans angine.

Pas de rougeur du pharynx, des piliers, ni des amygdales.

Rien au cœur.

Rien aux poumons. Apyrexie.

Pendant les jours suivants; le gonflement de la parotide droite a diminué peu à peu ; le 11, tout avait disparu.

A gauche, au contraire, le gonflement et la douleur ont persisté sans diminution.

Le 16, on constate que la malade crache du pus depuis la veille et, en appuyant sur sa parotide gauche, on fait sourdre du pus par son canal de Sténon.

Toujours pas de rougeur superficielle. Apyrexie.

Le 10, la malade accuse des lancées dans sa parotide droite ; on y constate, en effet, du gonflement et de la douleur. Il n'y a pas encore de suppuration de ce côté, mais on la pressent.

A gauche, douleur et gonflement moindres ; elle continue à cracher du pus.

Le 20, la suppuration est un fait accompli à droite.

La suppuration s'accompagne d'une salivation abondante. Salive claire, séreuse, au fond de laquelle nage le pus. 150 à 200 grammes de salive sont recueillis en 24 heures.

Le 31, la suppuration était complètement tarie ; le gonflement et la douleur ont disparu, encore un peu de gêne fonctionnelle pour les mâchoires.

Pendant tout le temps, l'état général a été bon ; apyrexie absolue et constante.

Le 16 juin, elle sort guérie.

Examen du pus. — Dans le pus examiné au point de vue bactériologique étalé sur lamelles et coloré par la méthode de Gram nous avons trouvé surtout des staphylocoques et des chaînettes de streptocoques groupés par 3, 4 ou 5 éléments.

Nous n'avons pas pu faire une étude bactériologique complète, la pusillanimité de la malade nous ayant empêché de faire une ponction parotidienne aseptique et de contrôler, par la culture, l'origine de la suppuration. Un tube de bouillon ensemencé avec du pus recueilli à l'orifice du canal de Sténon nous a donné une culture floconneuse trouble dans laquelle se trouvaient un grand nombre de microorganismes de la bouche.

IV

Devons-nous maintenant considérer ces cas de suppuration comme des formes spéciales d'oreillons et devons-nous, par conséquent, leur conserver la dénomination classique *d'oreillons suppurés*, ou ne devons-nous pas plutôt penser que ce sont des accidents surajoutés et que nous n'avons affaire, en somme, qu'à une infection secondaire banale, d'origine salivaire ?

Claisse et Dupré ont bien décrit ces infections salivaires et indiqué leur mécanisme. Ils insistent sur la fréquence de l'infection centrale ascendante canaliculaire comparée à la rareté de l'infection périphérique circulatoire d'origine artérielle ou lymphatique.

Pourquoi n'en serait-il pas ainsi ?

N'est-il pas plus simple d'admettre une parotidite phlegmoneuse banale greffée sur une parotidite ourlienne primitive ?

Comme nous allons le voir, la clinique, l'anatomie pathologique et la bactériologie nous fournissent des arguments affirmatifs en faveur de cette opinion.

1° *La clinique* nous montre, en effet, que, dans les oreillons, la suppuration est rare. Elle est rare non seulement au niveau de la parotide, mais encore dans toutes les autres manifestations viscérales et articulaires de la maladie. L'orchite ne suppure que tout à fait exceptionnellement, les observations en sont presque aussi rares que celles des parotidites suppurées. Les arthrites tombent sous la même règle, elles ne suppurent pas, et il en est de même de toutes les autres localisations (ovaire, sein, corps thyroïde, etc.).

D'autre part, nous voyons que les parotidites suppurées secondaires se rencontrent surtout dans le cours ou la convalescence des maladies infectieuses (fièvre typhoïde, variole, rougeole, etc.).

Or, les oreillons sont une maladie infectieuse. Les symptômes généraux, la fièvre du début, les localisations multiples montrent qu'on n'a pas à faire à une simple infection salivaire locale, mais à une simple infection générale, dépassant de beaucoup la zône parotidienne.

Pourquoi cette maladie infectieuse, que Trouseau rapprochait d'ailleurs des fièvres éruptives, ne pourrait-elle pas favoriser aussi le développement d'une infection secondaire à localisation parotidienne préparée par la fluxion primitive ?

2° *L'anatomie pathologique.* — Hanau, qui a examiné un assez grand nombre de pièces de parotidites suppurées, y a toujours trouvé les agents ordinaires de la suppuration (staphylocoques et streptocoques).

Il affirme que la topographie nettement intra-canaliculaire des microorganismes et des lésions inflammatoires du parenchyme glandulaire ne permettent pas d'hésiter sur le mode d'infection de la glande et sur la voie canaliculaire ascendante qu'ont suivie les bactéries pyogènes.

L'auteur va même plus loin : « Car, dit-il, si l'infection d'origine sanguine est possible, rien ne m'autorise à l'admettre, attendu que je n'ai jamais rencontré dans les vaisseaux les éléments figurés de l'infection ». Pilliet, après l'examen des pièces d'un cas de double suppuration sous-maxillaire, arrive aux mêmes conclusions.

3° *La bactériologie* nous montre que le germe spécifique des oreillons n'est pas pyogène.

Boinet, il est vrai, obtint une fois de la suppuration ; mais, comme le fait remarquer Laveran, il croyait avoir trouvé le germe des oreillons dans un abcès de la nuque survenu chez un vieillard.

Il s'exposait de la sorte à inoculer les microbes de la suppuration, c'est ce qui lui est arrivé.

Quant au diplocoque de Laveran et Catrin, il n'est absolument pas pyogène ; dans les nombreuses expériences d'inoculation aux animaux, ils n'ont jamais obtenu de suppuration.

Enfin, toutes les fois que, dans un cas d'oreillons suppurés, on s'est donné la peine d'examiner le pus ; on y a toujours révélé la présence des organismes ordinaires de la suppuration (staphylocoques, streptocoques).

V

Il paraît donc bien vraisemblable d'admettre que nous avons affaire purement et simplement à une infection secondaire indépendante de l'infection primitive ourlienne.

Mais alors, pourquoi cet accident n'est-il pas plus fréquent ?

Nous ferons remarquer d'abord que, sans être rare, la parotidite suppurée n'est pas extrêmement commune dans les maladies infectieuses les plus graves, telles que la variole, la fièvre typhoïde, la rougeole.

Il n'est donc pas étonnant qu'elle soit tout à fait exceptionnelle dans une infection générale aussi bénigne que celle des oreillons (symptômes généraux fugaces peu accentués, absence d'hyperthermie) et l'on conçoit alors qu'elle puisse se montrer seulement dans des conditions particulières tenant soit à l'intensité ou à l'allure de l'épidémie (épidémies de Saint-Cyr, de Neustadt, de l'Arbresle), soit à la faiblesse particulière des sujets (cachexie, lymphatisme). Le malade d'Émond était chétif, très lymphatique; la nôtre était une ancienne tuberculeuse.

Ce qui ressort de ces réflexions, c'est que, pour prévenir la suppuration, il suffira de faire l'asepsie buccale chez les malades atteints d'oreillons. Pour cela il est préférable d'éviter les antiseptiques forts qui peuvent provoquer des érosions de la muqueuse et faciliter l'infection au lieu de l'éviter. On se servira de solutions boriquées ou, mieux encore, d'eau bouillie.

CONCLUSIONS

1° Il n'existe pas, à proprement parler, d'oreillons suppurés.

2° La suppuration, quand elle existe, est toujours liée à une infection secondaire d'origine salivaire. C'est une parotidite ourlienne secondaire greffée sur une parotidite ourlienne primitive.

3° L'asepsie buccale suffit à prévenir cet accident.

A L'ÉTRANGER

ALLEMAGNE

Des kystes à échinocoques de la glande thyroïde.

M. A. Henle (*Arch. fur klin. Chir.*, XLIX, 4). — Les observations de kystes hydatiques de la glande thyroïde sont assez rares pour que nous pensions devoir rapporter le fait suivant, observé à la clinique chirurgicale de Breslau : une jeune fille de dix-huit ans demande à être opérée d'une tumeur située à la face antérieure du cou, tumeur qui, dit-elle, a débuté à l'âge de neuf ans, mais a pris, depuis deux mois, un développement plus rapide. Par ses caractères physiques, cette tumeur, du volume d'un œuf, ressemble tout à fait à un goitre kystique développé dans le lobe droit du corps thyroïde. Elle paraît être constituée par un kyste profond assez gros et un autre plus petit et superficiel. La peau, légèrement hyperémiée, ne peut être plissée au-devant de la tumeur. D'autre part, cette dernière se continue latéralement, sans limites distinctes, avec le muscle sterno-cléido-mastoïdien.

On pose le diagnostic de goitre kystique accompagné de légers phénomènes inflammatoires. L'opération est pratiquée par M. Mikulicz, qui ouvre successivement deux cavités : la première, qui est la plus petite, renferme un liquide purulent, tandis que de la seconde s'échappe, au milieu d'un liquide louche, un conglomérat de membranes pâles, grisâtres, transparentes. La poche kystique, adhérente aux muscles de la région, est extirpée en totalité à l'aide des ciseaux, après ligature des artères thyroïdiennes supérieure et inférieure. Du lobe droit de la glande thyroïde il ne reste qu'une petite masse du volume d'une noisette, en rapport avec l'artère thyroïdienne inférieure. La guérison fut rapide, mais le dixième jour on constata une paralysie complète de la corde vocale droite. L'examen microscopique révéla la présence des crochets caractéristiques.

L'auteur n'a pu recueillir que 21 faits de ce genre, y compris ceux qui ont été réunis dans la thèse de Dardel; encore faut-il retrancher de ce nombre 3 cas douteux au point de vue du diagnostic et du siège thyroïdien du kyste. Il reste donc 18 observations probantes sur lesquelles se base l'auteur pour esquisser une étude anatomo-pathologique et clinique assez complète de cette affection. Nous ne le suivrons pas dans son long exposé et nous nous bornerons à signaler ici les faits les plus remarquables concernant cette forme de tumeur. Tout d'abord il importe de rappeler que les kystes à échinocoques s'accompagnent souvent de phénomènes inflammatoires; leur contenu devient alors plus ou moins purulent, tandis que la poche kystique fournie par la glande thyroïde refoulée et altérée dans sa structure tend à contracter des adhérences avec les organes du voisinage. Ces derniers peuvent même être envahis par le processus pathologique; ainsi, dans 3 cas, il y eut perforation du kyste dans la trachée.

Le pronostic doit être considéré comme grave, la mort étant survenue dans quatre cas. L'opération s'impose donc à un bien plus haut degré que lorsqu'il s'agit d'un kyste simple; malheureusement, le diagnostic est loin d'être toujours possible avant l'intervention. Le doute subsiste parfois, même à la suite de l'examen du liquide retiré par une ponction exploratrice. L'opération, faite à temps, a donné un excellent résultat, voire dans les cas où les symptômes étaient d'une gravité exceptionnelle.

De même que pour les kystes simples du corps thyroïde, la ponction évacuatrice, suivie ou non d'injections modificatrices, doit être rejetée comme insuffisante. D'autre part, l'excision totale de la poche kystique est difficile et fait courir le danger d'une lésion des organes voisins : c'est ainsi que le nerf récurrent a été lésé dans l'opération pratiquée par M. Mikulicz. En somme, l'intervention de choix devra consister dans l'incision large du kyste, suivie du drainage ou tamponnement et de la suture partielle de la plaie. Lorsque le kyste est volumineux et ses parois rigides, l'excision d'une portion de ces dernières sera favorable à une prompte guérison. (*La Semaine Médicale.*)

Suture circulaire de l'intestin.

Examinant les différents modes de suture de l'intestin, après les résections de cet organe, **A. Bier** (*Archiv. fur klin. Chir.*, XLIX) en arrive à conclure que le procédé le plus sûr et le plus simple est celui de Lembert. Dans ce procédé, on réunit les séreuses par une seule rangée de points séparés. Il faut ajouter que la suture de Czerny-Lembert tient à côté de l'autre une place honorable pour la plupart des chirurgiens; ce dernier mode consiste à faire le double plan de suture.

Bier montre qu'il ne faut pas assimiler en tous points les sutures faites chez l'animal à celles faites chez l'homme. Ainsi, telle méthode réussit chez l'animal qui échoue sur la table de l'opérateur. Au contraire, les conditions de succès de la suture simple de Lembert sont beaucoup meilleures chez l'homme que chez les animaux habituellement utilisés pour les expériences.

Sur quinze résections de l'intestin suivies de la suture circulaire, Bier n'a perdu que deux opérés, dont l'un était affecté de péritonite pendant une intervention ayant pour but la cure d'une hernie étranglée avec gangrène de l'intestin, dont l'autre eut une hémorrhagie d'origine néoplasique le lendemain de l'opération. Ce n'est donc pas au procédé de suture que peut être attribuée la mort dans ces deux cas.

D'après l'auteur, la suture circulaire de l'intestin peut être terminée en quinze à vingt-cinq minutes. Ce seul fait constitue à ses yeux un grand avantage en faveur de la suture de Lembert, qui permet de mener à bien l'intervention rapidement.

Quant au bouton de Murphy, Bier ne trouve pas qu'il donne des résultats assez brillants, comparativement à la suture de Lembert, pour qu'on sacrifie celle-ci aux avantages qu'il peut présenter.

Etiologie de la méningite cérébro-spinale épidémique.

On sait que Weichselbaum a décrit un parasite spécial susceptible de provoquer l'affection connue sous le nom de méningite cérébro-spinale. Ce parasite, pour certains auteurs, est une variété de pneumocoque. Pour d'autres, c'est bien un microorganisme tout à fait différent du pneumocoque.

En élucidant cette question, on arriverait à voir si vraiment il y a des rapports entre la pneumonie et la méningite cérébro-spinale.

Pour **Jæger** *(Zeitsch. fur. Hyg. u. Infections Kr.*, XIX), il faudrait absolument différencier le microbe connu de la pneumonie du bacille pathogène de la méningite cérébro-spinale. Ces conclusions sont justifiées pour l'auteur, tant à cause de la forme des deux bacilles que de leur rôle biologique.

Aussi le microbe décrit par Weichselbaum serait-il bien un microbe spécial, et par là même se trouverait diminuée l'importance du pneumocoque au cours de la méningite cérébro-spinale. Jæger ne nie pas son existence dans cette affection, mais le pneumocoque ne se voit que dans des cas spéciaux. En effet, s'il provoque la maladie, c'est qu'on est en présence de cas isolés, sporadiques. C'est également dans ces conditions qu'on a rencontré le streptocoque. La méningite cérébro-spinale épidémique serait bien due à ce bacille que Weichselbaum appelait diplocoque intracellulaire.

Ce diplocoque ayant été observé dans les sécrétions nasales, Jæger suppose que ces mucosités desséchées pourraient servir à propager la maladie.

Luxation congénitale des tendons péroniers latéraux.

Kramer *(Centralblatt fur Chir.*, juillet 1895) a opéré, il y a peu de temps, un cas très curieux qui mérite d'être mentionné ici :

Un enfant de huit mois avait présenté, peu de temps après l'accouchement, des déplacements brusques d'un tendon qui se déplaçait avec bruit sur la malléole externe, pour disparaître ensuite derrière cet os. Ces déplacements accompagnaient les mouvements brusques d'abduction, de spination et d'extension. On reconnut facilement qu'il s'agissait d'une luxation congénitale des tendons péroniers latéraux.

Kramer s'empressa d'intervenir, et voici ce qu'il constata : il y avait absence du ligament annulaire externe, et de plus, la gouttière située normalement derrière la malléole externe manquait presque totalement. L'opérateur coupa alors un lambeau ostéo-périosté ; ce lambeau fut taillé rectangulaire, la base étant dirigée en arrière. Kramer le rabattit ensuite d'avant en arrière par-dessus les tendons Il le fixa dans cette position, et ainsi maintint les tendons.

En dix jours la plaie fut guérie. Les suites furent d'ailleurs parfaites : le pied faisait déjà de légers mouvements trois semaines après l'opération.

Il fut facile, une fois que l'enfant marcha, de voir que les mouvements du tendon n'existaient plus. Le ligament artificiel qu'avait fait Kramer suffisait largement à maintenir les tendons dans leur gaine. De plus, ces tendons exécutaient parfaitement dans leur gaine les mouvements nécessaires à l'accomplissement de leurs fonctions.

Cure radicale des hernies.

Beresowsky *(Deutche Zeitsch. f. Chir.*, XL) émet les conclusions suivantes au sujet du traitement opératoire des hernies, d'après une statistique de deux cent vingt interventions sur hernies non étranglées.

Les hernies inguinales externes ont guéri par première intention quatre-vingt huit fois pour cent. La proportion des récidives a été de neuf pour cent à peu près. D'ordinaire, ces récidives reconnaissent pour cause la profondeur insuffisante des sutures du trajet inguinal. Plus rarement c'est la suppuration de la plaie qu'il faut incriminer. Ce sont là les résultats obtenus par le procédé de Lucas-Championnière, ou par un procédé s'en rapprochant beaucoup.

Par la méthode de transposition du sac, due à Kocher, les résultats sont également très favorables. Les récidives seraient même un peu moins fréquentes que par le procédé précédent, mais il faut ajouter que certains malades ont été opérés depuis trop peu de temps pour qu'il soit possible de porter un jugement sur eux.

Quant aux hernies crurales, opérées par le procédé ordinaire, qui consiste à réunir l'arcade de Fallope avec l'aponévrose du pectiné, on par la méthode de la transposition du sac, les résultats ont été excellents ; il n'y a eu qu'une récidive sur vingt-huit opérés.

La récidive s'est au contraire montrée dans seize pour cent des cas, lorsqu'il s'est agi de hernies inguinales internes ou directes.

La suppuration, qu'on ne pourrait toujours éviter d'après l'auteur, est en raison proportionnelle du nombre des sutures perdues, et se voit surtout dans les cas où le sac a été laissé dans la plaie. La suppuration est la principale cause de récidive.

Traitement du goître par l'ingestion de substance thyroïdienne.

Bruns *(Beitræge zur klin. Chir.*, XIII) a traité 60 cas de goîtres bénins non kystiques par l'ingestion de corps thyroïde Il a eu recours au corps thyroïde frais de mouton ou de veau, qu'il donne à dose de 10 grammes au plus en huit jours pour un adulte. La durée du traitement est de trois à quatre semaines en moyenne.

Le succès de ce traitement est grandement influencé par l'âge du malade. Chez l'enfant, la guérison est la règle. Chez les jeunes gens, le goître diminue. Enfin, chez les adultes, le traitement réussit d'autant mieux qu'ils sont moins avancés en âge. D'après l'auteur, après la vingtième année, la régression complète du goître est bien difficile à obtenir. On n'obtient qu'une régression partielle, mais qui souvent se rapproche d'une vraie guérison. D'ailleurs, cette régression met mieux en relief les nodosités qui ont persisté, et ainsi leur énucléation ultérieure devient plus facile.

Le second facteur du succès du traitement est le moment où l'on institue le traitement. Plus le goître est récent, plus il a de chance de guérir.

La variété de goître est le dernier point qui influe sur le traitement. Les hyperplasies simples du corps thyroïde guérissent seules par l'ingestion de substance thyroïdienne. Les goîtres kystiques, colloïdes et fibreux résisteraient fort bien au remède thyroïdien.

Le goître guéri récidive-t-il ? Bruns n'a vu que trois cas de récidive. D'ailleurs, en admettant que les récidives se montrent avec une certaine fréquence, on en viendrait facilement à bout par la reprise du traitement de temps en temps.

Résection intracrânienne du trijumeau.

Von Beck *(Beitræge zur klin. Chir.*, XIII) relate trois cas de résections, intracrâniennes du trijumeau, faites par Czerny dans les conditions suivantes :

Dans le premier cas, il s'agissait d'une malade de 37 ans, souffrant de vives névralgies faciales. Czerny fit la résection du maxillaire supérieur et du maxillaire inférieur, respectant le ganglion de Gasser. Les accès de névralgie cessèrent aussitôt. De même, il y eut naturellement abolition de la sensibilité dans les régions que ces nerfs tiennent sous leur dépendance ; mais, au bout de trois semaines, on remarqua un léger retour de la sensibilité. Enfin, persistèrent une atrophie et une paralysie des muscles masticateurs du côté opéré. De plus, cette malade eut des symptômes d'otite moyenne, au bout de trois semaines ; mais ceux-ci guérirent bien. Ce qui fut plus grave, ce fut l'apparition de céphalalgie, de fièvre, de vomissements qui firent supposer l'existence d'un abcès. On alla donc à la recherche du pus ; mais on n'en rencontra pas. Néanmoins, on vit le temporal nécrosé au niveau de l'écaille, et la masse cérébrale, diffluente, faire saillie

au dehors. On fut donc forcé de réséquer une partie de l'encéphale prolabé. L'opérée guérit de cette grave intervention et, depuis ce temps, il n'y eut plus aucun retour des phénomènes névralgiques.

Le second opéré de Czerny était un homme de 64 ans, affecté d'une névralgie du maxillaire supérieur. L'opération consista à faire la résection du nerf, entre le trou grand rond et le ganglion de Gasser. Ici encore les névralgies cessèrent immédiatement; mais, au bout de onze jours, se fit une hémorrhagie secondaire de la méningée moyenne qui occasionna des symptômes de compression cérébrale. On fit l'hémostase au moyen du tamponnement et du thermocautère, et aujourd'hui le malade est en bonne santé.

Le troisième cas se rapporte à un malade souffrant de névralgies des nerfs maxillaires supérieur et inférieur. Ces deux troncs nerveux furent réséqués dans l'intérieur du crâne. La guérison fut obtenue au bout de quatre semaines, et persiste depuis six mois.

Ces trois opérations constituent donc trois succès, et l'opération, quoique grave, peut amener d'excellents résultats. Mais plusieurs difficultés se présentent : c'est d'abord l'artère méningée moyenne que l'on ne peut pas toujours éviter, et qui est souvent déchirée. C'est ensuite la dissection de la branche ophtalmique, sur laquelle on a moins souvent, il est vrai, occasion d'intervenir. Il suffit, pour s'en rendre compte, de se rappeler les rapports du nerf avec la paroi du sinus caverneux. Les deux autres branches du ganglion de Gasser se détachent au contraire assez facilement de la dure-mère.

L'anesthésie qui suit l'opération est beaucoup moins gênante que la paralysie et l'atrophie des muscles masticateurs. D'ailleurs cette anesthésie disparaît en partie au bout de quinze jours. Il faut encore citer comme conséquence de cette intervention des troubles vasomoteurs du côté opéré, et une légère diminution de l'ouïe par paralysie du muscle interne du marteau, tenseur de la membrane du tympan.

Quant à l'otite moyenne que Czerny a observée chez la première malade, elle est sans doute la conséquence de troubles vasomoteurs, en même temps que de la migration des bactéries dans l'oreille moyenne, après passage à travers la trompe d'Eustache.

Etiologie et prophylaxie de la diphtérie.

Wassermann (*Zeitschrift fur Hyg. und Infections Kr*, XIX) a recherché quelles sont les causes grâce auxquelles tels enfants échappent à la contagion de la diphtérie, tandis que beaucoup d'autres sont atteints par cette infection. La seule observation de ce fait clinique doit faire supposer que chez eux existe un état particulier qui les rend réfractaires à la diphtérie.

Pour élucider ce point, l'auteur a étudié l'état bactéricide du sérum sanguin d'enfants et même d'adultes n'ayant jamais eu de diphtérie ou aucune autre affection pharyngée.

La puissance antitoxique du sérum de dix-sept enfants fut examinée. Onze fois l'animal, à qui était faite l'inoculation, était dans un état tel que le sérum possédait certainement un pouvoir antitoxique indéniable contre le virus diphtérique, qu'on avait auparavant inoculé à cet animal.

De même, le sérum sanguin de trente-quatre sujets adultes neutralisa vingt-huit fois le virus diphtérique.

Cette puissance antitoxique du sérum sanguin de ces sujets non atteints de diphtérie est évidemment un élément qui peut jeter un grand jour sur l'immunité de certains sujets. Mais on ne peut affirmer que tout le problème se réduise à ce seul facteur.

Reste à savoir comment se développe le pouvoir antitoxique du sérum. Il semble bien que c'est là une propriété acquise par le sang et non une propriété innée. Mais on ne peut rien dire de plus à ce sujet.

Ces recherches permettent de comprendre comment des individus réfractaires à la diphtérie, mais porteurs de germes diphtériques, peuvent transmettre la maladie. Ce fait est fort important en pratique, car il confirme une fois de plus la nécessité de l'isolement prolongé du malade, et même de son entourage, cause possible de dissémination de la maladie. C'est de la présence du bacille de Lœffler dans la bouche que dépendra la reprise de la vie commune.

Du traitement des divers genres de dysménorrhée.

Pour **M. le Dr Düvelius** (de Berlin), les principales causes de la dysménorrhée sont : les déviations utérines, l'endométrite et les affections des trompes et des ovaires.

Il faut donner contre la dysménorrhée un traitement différent, suivant que la déviation utérine est une rétroflexion ou une antéflexion.

Dans le cas de rétroflexion utérine, il est, la plupart du temps, suffisant de redresser l'utérus, à l'aide d'un pessaire, pour voir disparaître ou s'atténuer les douleurs de la menstruation. Dans ce cas, en effet, l'utérus redressé permet le libre écoulement du sang menstruel dans le vagin, il se décongestionne et, partant, les sensations de pesanteur tendent à disparaître.

Dans le cas d'antéflexion utérine, le traitement a moins de succès. Cependant, M. Düvelius dit qu'il a obtenu d'excellents résultats en redressant l'utérus à l'aide d'une main faisant pression dans la région sus-pubienne et d'un doigt de l'autre main soutenant le col de l'utérus d'arrière en avant, par le vagin, au niveau du point d'union du corps et du col de l'utérus. Il est naturel, en effet, dans ces conditions, que l'utérus pivote autour de son point fixe, qui est la région de l'isthme.

L'endométrite interstitielle est la plus fréquente des lésions occasionnées par les inflammations de la muqueuse utérine qui engendrent la dysménorrhée. Elle offre les caractères suivants : sécrétion peu abondante, sensibilité de l'utérus au sondage, douleurs menstruelles violentes. Le traitement doit consister en cautérisations iodées, ou, à défaut, dans le curettage de la muqueuse utérine.

Quand c'est la trompe qui est la cause de la dysménorrhée il faut souvent avoir recours aux injections hypodermiques de morphine pour calmer les violentes douleurs. Il faut de plus tâcher d'obtenir la disparition des adhérences péritonitiques. Le massage est ici d'un précieux secours à la condition qu'il n'existe ni pyosalpinx, ni hématosalpinx, ni salpingite kystique séreuse, auxquels cas c'est à l'ovariotomie qu'il faudra s'adresser.

Dans les cas de dysménorrhée d'origine ovarienne, le traitement palliatif exige, que cette origine ovarienne consiste dans une simple oophorite sans retentissement péritonéal ou dans une névralgie ovarienne, l'emploi des narcotiques et l'application de glace ou de compresses mouillées sur le bas ventre. On ajoute à cela les injections iodées chaudes, les bains de siège, les suppositoires à l'ichthyol et le massage. C'est le massage qui donne encore les meilleurs résultats. M. Düvelius a pu, grâce à lui, libérer l'ovaire de ses adhérences dans nombre de cas, et obtenir ainsi une diminution très nette des douleurs.

Il est très difficile de traiter les ovarialgies menstruelles non inflammatoires. La castration à laquelle on se résout le plus souvent ne débarrasse pas toujours les malades de leur douleur. Il a paru à M. Düvelius que la grossesse pouvait avoir dans ces conditions les meilleurs effets. Aussi conseille-t-il le mariage des jeunes filles atteintes de névralgies ovariennes, à condition qu'elles ne présentent pas, toutefois, de manifestations hystériques graves.

Il existe enfin une dernière cause de dysménorrhée, c'est la dysménorrhée qui est liée à des altérations morbides générales et en particulier à la chlorose. Il faut, dans ces cas, donner l'antipyrine, la phénacétime et surtout le viburnum prunifolium donné en extrait pendant les quatre ou cinq jours qui précèdent l'époque menstruelle. M. Schwarze (de Berlin), qui préconise cette thérapeutique, conseille, en outre, d'ordonner aux jeunes malades des exercices physiques variés : équitation, danse, marche, pendant quelques jours avant l'époque des règles qui s'effectueront ensuite sans douleur.

AUTRICHE

Manifestation de la syphilis héréditaire.

Fuchs (*Wien. klin. Wochenschrift*) vient de citer un cas bien curieux de lésions osseuses dans la syphilis héréditaire. On sait que celle-ci provoque souvent des épaississements du squelette, mais d'ordinaire limités et partiels. Dans l'observation de l'auteur, c'est le squelette entier qui fut pris, le malade étant ainsi affecté d'un véritable gigantisme.

Le malade, en effet, avait un mètre quatre-vingt-huit centimètres de haut, et pesait quatre-vingt-huit kilogrammes. Il n'avait pas la moindre trace de barbe, quoique âgé de vingt-six ans. Les antécédents syphilitiques de la famille étaient très nets; de plus, ils étaient corroborés par l'état même du sujet qui présentait tous les grands stigmates de la syphilis héréditaire.

Ce malade est à rapprocher d'un autre sujet vu par Sirena qui mesurait deux mètres quarante de haut. Les accidents syphilitiques étaient moins nets chez ce dernier.

Un point commun entre ces deux malades, c'est l'existence chez tous deux de néphrite parenchymateuse. C'est là un fait sur lequel Fuchs insiste dans sa communication : chez les syphilitiques héréditaires, la néphrite est fréquente. D'ailleurs, plusieurs auteurs ont déjà signalé le fait.

Cette néphrite fut considérablement améliorée par le traitement spécifique chez le malade de Fuchs. Les phénomènes néphritiques diminuèrent, la quantité d'urine tomba de 4 0/0 à 0.5 0/0 et les cylindres disparurent des urines.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 octobre.

Sur un cas de rhinosclérôme.

M. Péan fait la présentation d'une malade venue de l'Amérique centrale pour se faire opérer d'un rhinosclérôme. L'orateur a dû opérer largement, faire l'ablation du nez, de la totalité des cornets, de tout le squelette osseux des sinus maxillaires, moins leur face externe, de la branche montante des maxillaires supérieurs et de la presque totalité des sinus ethmoïdaux ; en même temps, la cloison a été excisée dans toute sa longueur, ainsi que es parties profondes de la muqueuse, des fosses nasales, jusqu'au voile du palais et jusqu'aux arrière-narines. Grâce à la forcipressure, pas d'hémorrhagie. On a attendu que la cicatrisation de la plaie fût terminée pour donner à la malade l'appareil prothétique qu'elle porte aujourd'hui.

M. Péan conseille donc de traiter le rhinosclérôme comme une tumeur maligne et de l'opérer largement. Il faut laisser la plaie se cicatriser seule au lieu de faire une autoplastie immédiate. Cette conduite permet, en effet, de surveiller la plaie et de traiter à la pâte de Canquoin tout essai de récidive.

De la sérothérapie dans le tétanos. Essais de traitement préventif.

M. Nocard. — L'injection du sérum antitétanique demeure sans effet quand les premières manifestations du tétanos se sont montrées. J'ai donc tenté de donner les injections antitétaniques comme traitement préventif du sérum contre le tétanos. A cet effet, j'ai fait distribuer aux vétérinaires 1,800 flacons de 10 centimètres cubes de sérum antitétanique en recommandant d'injecter à chaque animal menacé de tétanos, à la suite d'une plaie accidentelle ou opératoire, 10 centimètres cubes de sérum, le plus tôt possible après le traumatisme. Quinze jours plus tard on devait faire une deuxième injection.

Mes correspondants m'ont envoyé les résultats de leurs observations concernant 375 animaux, traités dans ces conditions, et dont aucun n'a succombé.

Ces résultats ont pour eux ce fait que les animaux en question séjournaient dans des écuries où d'autres animaux étaient morts de tétanos quelque temps auparavant. De plus, nos correspondants ont observé cinquante-cinq cas de tétanos sur des animaux non traités.

On est donc en droit de conclure que les injections préventives du sérum antitétanique sont appelées à diminuer le nombre des victimes du tétanos.

Deux nouveaux cas d'actinomycose humaine en France.

M. Poncet (de Lyon) communique deux nouveaux cas d'actinomycose qui prouvent que cette affection est aussi commune en France que dans les pays voisins.

M. Abadie lit une note sur le traitement du glaucôme par l'emploi des collyres ajoutés à l'administration du bromure de potassium et du sulfate de quinine.

M. Andain (d'Haïti) lit une observation de hernie lombaire congénitale.

M. Doyen (de Reims) expose un nouveau procédé d'hémicrâniectomie qui consiste, au moyen de fraises et de mortaiseuses spéciales actionnées par l'électricité, à ouvrir le crâne du front à la nuque.

J. P.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 21 octobre.

De la sérothérapie dans le traitement du cancer.

MM. Richet et **Héricourt** communiquent les résultats des injections du sérum anticancéreux.

On a noté, en premier lieu, une diminution des douleurs si fréquentes chez les cancéreux.

On a noté, en second lieu, un commencement de cicatrisation de l'ulcération néoplasique.

On a vu, enfin, une diminution marquée de l'engorgement ganglionnaire et de la tumeur elle-même, avec une amélioration manifeste de l'état général des malades.

Malheureusement, cette amélioration est stationnaire et ne va pas jusqu'à la guérison. Quelques mois plus tard, de nouveaux foyers apparaissent et la mort survient.

En somme, il n'y a pas encore eu de faits très probants. Mais on ne peut nier que les effets du sérum anticancéreux sont d'améliorer provisoirement, sinon de guérir. Peut-être y aurait-il, dans la combinaison du traitement sérothérapique et du traitement chirurgical du cancer, un moyen d'obtenir des résultats encore plus favorables.

J. P.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 18 octobre.

Sur un cas de paralysie de Landry avec lésions polyomyélitiques des centres nerveux liées à la présence d'un microbe (bactéridie charbonneuse).

Sous ce titre, **M. Pierre Marie** (en son nom et au nom de **M. G. Marinesco**) communique l'observation d'un jeune homme de dix-neuf ans, palefrenier, qui présenta tous les symptômes classiques de la paralysie ascendante aiguë de Landry. A l'autopsie on constata un ramollissement hémorrhagique de la substance grise des cornes antérieures (nodules périvasculaires et interstitiels ; dégénérescence des cellules nerveuses par dissolution ou raréfaction des éléments chromatophiles, ou encore par dissolution du paraplasma). Il s'agissait donc bien dans ce cas de lésions centrales relativement grossières, contrairement à ce qu'ont pré-

tendu certains auteurs, qui ont considéré le syndrôme de Landry comme dépendant uniquement de lésions périphériques.

D'autre part, dans le fait dont il s'agit, MM. Marie et Marinesco ont constaté — comme le prouvent les préparations qu'ils présentent à la Société — l'existence de microbes qui semblent avoir joué le principal rôle dans la production des lésions. Ils existaient pour ainsi dire à l'état de culture pure dans les régions cervicale et dorsale de la moelle, dans le bulbe et en moindre quantite dans le cerveau. Mais de quels microbes s'agissait-il ?

« Ici, disent les auteurs, notre observation est incomplète, car nous n'avons pu faire ni cultures, ni inoculations ; mais, si nous nous en tenons aux caracteres morphologiques, nous dirons que le microbe rencontré présente les plus grandes analogies avec la bactéridie charbonneuse. Nous n'avons pas, il est vrai, trouvé d'une façon certaine cette bactérie dans la moelle lombaire, mais cela pourrait tenir à ce qu'il y avait déjà là un autre microbe (peut-être le streptocoque) et l'on sait que la bactéridie charbonneuse ne vit pas volontiers avec d'autres microbes.

» Toutes les lésions notées dans notre observation peuvent se résumer dans la dénomination « ramollissement hémorrhagique », et on sait que c'est la lésion principale signalée par un grand nombre d'auteurs dans des cas de myélites infectieuses de causes diverses. »

Sur un cas d'ictus laryngé.

M. Merklen. — Quoique bien décrit et bien étudié, l'ictus laryngé est un accident relativement rare. Or, j'ai eu l'occasion d'en observer un cas chez un maçon âgé de 39 ans, qui se plaignait de chutes répétées, avec perte de connaissance, chutes se produisant deux ou trois fois par jour depuis trois semaines et survenant toujours à l'occasion de violentes quintes de toux. La réalité de ces chutes était prouvée par des ecchymoses caracteristiques à la face. Pas de syphilis, pas d'alcoolisme, pas de tare nerveuse chez ce malade, mais, depuis dix ans, il toussait tous les hivers et c'est à l'occasion d'une recrudescence récente de sa toux que s'étaient produites les premières chutes. Nous n'avons pu trouver chez lui aucun stigmate d'hystérie, aucun signe d'épilepsie ou de tabes ; rien au pharynx, ni à la luette, ni au larynx ; mais signes non douteux d'emphysème pulmonaire. Reins et cœur normaux. Pas de température.

Les crises d'ictus laryngé offraient les caracteres habituels (début par un picotement au larynx déterminant une toux quinteuse, une sensation de strangulation bientôt suivie de cyanose et de sueurs de la face, d'une sorte de vague cérébral avec obnubilation de la vue et de chute avec ou sans perte de connaissance). La chute marquait la fin de la crise.

L'antipyrine (2 et 3 grammes par jour) répondit très bien à l'indication thérapeutique qui était de modérer l'irritabilité du larynx et les quintes de toux spasmodique. (Inutile d'ajouter qu'il ne s'agissait pas d'une toux de coqueluche.)

M. Merklen rappelle, en finissant, que pour certains auteurs (Knight, Garel et Collet) l'ictus laryngé serait dû surtout à un trouble de la circulation encéphalique, tandis que pour d'autres (Armstrong, Cartaz, Ruault) il s'agirait de troubles réflexes causés par l'hyperexcitabilite de la muqueuse des voies aériennes supérieures, excitations transmises aux centres bulbaires et déterminant tantôt de simples phénomènes spasmodiques, tantôt une véritable syncope. Cette dernière théorie s'accorde avec les expériences de Brown-Séquard sur l'inhibition d'origine laryngée.

Pour M. Merklen il faudrait tenir compte des deux éléments : troubles circulatoires et hyperexcitabilité de la muqueuse laryngée.

Sur deux cas de tabes de commune origine syphilitique.

Sous ce titre, **M. Pierre Marie**, au nom de M. **Albert Bernard** et au sien, communique l'observation de deux malades qui, en 1869, la même nuit, à quelques heures d'intervalle, contractèrent sûrement la syphilis de la même femme, chez laquelle ils s'étaient rendus de compagnie. Chez l'un comme chez l'autre la maladie évolua d'une façon bénigne et ne fut soumise qu'à un traitement des plus anodins. Or, en 1890 chez l'un, en 1891 chez l'autre, apparaissaient des signes non douteux de tabes. La maladie est arrivée presque à la cachexie tabétique chez l'un ; elle a revêtu un caractère plus bénin chez l'autre. Mais dans les deux cas les troubles oculaires n'ont cessé de dominer la scène. Le tabes semble donc avoir évolué selon un processus à peu prés identique.

Ces deux faits viendraient à l'appui des idées émises par M. Morel-Lavallée sur ce qu'il a appelé « les syphilis à virus nerveux », syphilis, dit-il, dont le virus semble, pour ainsi dire, spécialisé à l'avance, et se porte avec une prédilection manifeste sur les centres nerveux.

Relativement à l'observation de MM. Pierre Marie et Albert Bernard — qui parait être unique dans son genre, pour les circonstances de début surtout — « il eût été intéressant, disent les auteurs, de poursuivre plus loin l'enquête, de s'assurer si d'antres individus contaminés vers la même époque, par la même personne, n'étaient pas également devenus tabétiques, et ce dans les mêmes conditions que nos deux malades. La chose n'était pas impossible, car l'un d'eux a conservé avec cette personne quelques relations éloignées, mais il s'est catégoriquement refusé à nous mettre en rapport avec elle ».

Sur un cas d'évacuation de calculs biliaires par la voie stomacale.

Sous ce titre, **M. Hayem** relate l'observation très intéressante d'une malade, âgée de trente-six ans, qui rendit trente-huit calculs biliaires assez volumineux par la voie stomacale, à la suite de lavages d'estomac.

La maladie offrit trois périodes assez distinctes.

La première fut caractérisée par trois crises douloureuses (la première beaucoup plus violente que les deux suivantes) qui revêtirent le masque de la colique hépatique sans ictère.

La seconde phase fut marquée par le développement progressif d'une dilatation de l'estomac (par sténose pylorique d'origine extrinséque) ; dans la troisième période, enfin, il y eut une nouvelle phase douloureuse caractérisée par des contractions péristaltiques violentes et des vomissements abondants et fréquents.

Pour M. Hayem, il est permis de penser que ces douleurs et ces contractions violentes étaient dues surtout à l'irritation produite par la présence des calculs dans l'estomac. En effet, dès que les lavages stomacaux eurênt amené le rejet des cholélithes, les symptômes d'irritation gastrique s'amendèrent. Ils ne disparurent totalement et sans retour qu'après l'expulsion du dernier calcul.

Ce qui confirme encore cette supposition, c'est que l'état statique de l'estomac (grande dilatation avec stase gastrique par sténose) ne s'est pas sensiblement modifié, bien que, depuis un an, il n'y ait plus ni crises douloureuses, ni vomissements.

Lorsque l'entraînement des cholélithes par les lavages de l'estomac se fût produit, M. Hayem admit comme fort probable l'existence d'une communication entre la vésicule biliaire et la cavité gastrique. C'est la fistule cholécysto-gastrique de Galliard dont l'expression clinique habituelle est, d'aprés cet auteur, la suivante : calcul volumineux unique ou calculs multiples vomis par un sujet qui n'a jamais eu d'ictere et qui a rejete anterieurement ou simultanément de la bile, du pus ou du sang.

« Cruveilhier, dit en terminant M. Hayem, rapporte la rareté des fistules cholécystogastriques à la faible étendue des rapports de contiguité entre l'estomac et la vésicule. Cette remarque est fort exacte, mais, ainsi que j'ai pu m'en rendre compte plusieurs fois sur le cadavre, la compression de la taille par le corset refoule, dans la loge gastrique, le foie à gauche, tandis que la portion pylorique de l'estomac tend à glisser par en bas. Or, ce double mouvement fait contracter à la vésicule biliaire des rapports parfois assez étendus avec l'estomac. Comme ma malad

portait des traces évidentes de compression de la taille par le corset, au niveau de la région hépatique, je vois dans cette particularité une condition spéciale qui a dû singulièrement favoriser l'établissement d'une fistule cholécysto-stomacale. »

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 19 octobre.

Des rapports de la glycémie avec la fonction hépatique.

M. Kaufmann lit une note donnant le résultat d'expériences qui démontrent que l'hyperglycémie est due à l'exagération du fonctionnement du foie.

Rapporte de la sensibilité cutanée avec la distribution des sillons de la pulpe digitale.

M. Féré a étudié les rapports que pouvait affecter la sensibilité avec les différentes lignes de la pulpe des doigts et il a remarqué que la sensibilité était toujours moins vive lorsqu'on appliquait les deux pointes d'un compas parallèlement à ces lignes que lorsqu'on les appliquait transversalement. Dans le premier cas, en effet, les deux pointes du compas n'intéressent qu'une seule ligne de papilles; dans l'autre cas, elles entrent en contact avec plusieurs.

Influence des chocs moraux sur les intoxications.

M. Féré rapporte l'observation d'un malade qui pouvait impunément absorber 40 centigrammes de belladone par jour. Mais, à la suite d'une forte émotion, il se produisit des accidents qui l'empêchèrent de faire usage de ce médicament. J. P.

ACTES DE LA FACULTÉ

DU 28 AU 31 OCTOBRE 1895

EXAMENS DE DOCTORAT

LUNDI 28 OCTOBRE, à 1 heure. — 1er (1re série) : MM. Lutz, Weiss, Heim. — 1er (2e série) : MM. Blanchard, Hanriot, André. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu : MM. Tillaux, Ricard, Lejars. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu : MM. Hayem, Straus, Gaucher.

MARDI 29 OCTOBRE, à 1 heure. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité (1re série) : MM. Le Dentu, Berger, Alharran. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité (2e série) : MM. Panas, Duplay, Nélaton. — 5e (2e partie), Charité : MM. Debove, Marie, Gilbert. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique d'Accouchements, rue d'Assas : MM. Bar, Maygrier, Bonnaire.

MERCREDI 30 OCTOBRE, à 1 heure. — 2e (2e partie) : MM. Ch. Richet, Retterer, Heim.

JEUDI 31 OCTOBRE, à 1 heure. — *Médecine opératoire, épreuve pratique* : MM. Guyon, Duplay, Poirier. — 2e Oral (1re partie) : MM. Cornil, Le Dentu, Thiéry. — 2e (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Pouchet, Charrin. — 3e (2e partie) : MM. Debove, Chantemesse, Roger.

EXAMENS D'OFFICIAT

LUNDI 28 OCTOBRE, à 1 heure. — 2e (Fin d'année) : MM. Fournier, Retterer, Sebileau.

MARDI 29 OCTOBRE, à 1 heure. — 2e (Fin d'année) : MM. Mathias-Duval, Poirier, Thiéry.

EXAMENS DE SAGES-FEMMES

MERCREDI 30 OCTOBRE, à 1 heure. — 1er (1re classe, Nouveau régime) : MM. Pinard, Varnier, Sebileau.

JEUDI 31 OCTOBRE, à 1 heure. — 1er (1re classe, Nouveau régime), (1re série) : MM. Hutinel, Bar, Nélaton. — 1er (1re classe, Nouveau régime), (2e série) : MM. Panas, Maygrier, Albarran.

THÈSES DE DOCTORAT

MERCREDI 30 OCTOBRE, à 1 heure. — *M. Follet* : Sur la pathogénie de quelques états éléphantiasiques (MM. Terrier, Fournier, Gaucher, Tuffier). — *M. Carlos de Oliveira Nery* : Etude clinique sur les brûlures causées par l'électricité industrielle (MM. Fournier, Terrier, Gaucher, Tuffier).

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Nominations diverses.

Sont nommés, pour l'année scolaire 1895-1896, chefs de travaux et de laboratoires :

Travaux pratiques. — MM. les agrégés Hanriot (chimie), Weiss (physique), Rémy (histologie); MM. Brault (anatomie pathologique), Laborde (physiologie).

M. Rondeau est nommé chef-adjoint des travaux pratiques de physiologie.

Laboratoires de recherches et d'enseignement. — MM. les agrégés Chantemesse (anatomie pathologique), Gilbert (thérapeutique et matière médicale), Roger (pathologie et thérapeutique générales), Wurtz (pathologie expérimentale et comparée), Netter (hygiène); MM. Langlois (physiologie), Descoust, Ogier et Vibert (médecine légale), Fiquet (chimie biologique), Brissemoret (pharmacologie).

M. Héricourt est nommé chef-adjoint du laboratoire de la chaire de physiologie.

Laboratoires des cliniques. — MM. Springer, Drouin et Suchard (clinique médicale de la Charité), Pilliet (clinique chirurgicale de la Charité), Achalme et Thiroloix (clinique médicale de la Pitié), Bezançon (clinique chirurgicale de la Pitié), Lion et Winter (clinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine), Fabre-Domergue (clinique chirurgicale de l'hôpital Necker), Souques et Nageotte (clinique des maladies du système nerveux), Galippe (clinique d'accouchements de la rue d'Assas), Walich (clinique Baudelocque), Klippel, Serveaux et Sauvineau (clinique des maladies mentales), Sabouraud (clinique des maladies cutanées et syphilitiques), Ledoux-Lebard (clinique des maladies des enfants), Hallé et Chabrié (clinique des maladies des voies urinaires).

Sont nommés chefs-adjoints : MM. Cathelineau (clinique des maladies cutanées et syphilitiques), Sourdille (clinique ophtalmologique).

M. le docteur Oulmont est chargé, pendant l'année 1895-1896, d'un cours annexe de clinique médicale à l'hôpital Laënnec.

Legs à la Faculté de Paris.

Le doyen est autorisé à accepter le legs fait à la bibliothèque de la Faculté par M. Gendrin d'un portrait de Boerhaave.

FACULTÉS ET ÉCOLES DES DÉPARTEMENTS

Faculté de Médecine de Lyon.

Sont nommés, pour l'année scolaire 1895-1896, chefs de travaux : MM. les agrégés Rodet (médecine expérimentale et comparée), Rochet (médecine opératoire), Devic (anatomie pathologique), Doyon (physiologie), Didelot (physique), Beauvisage (matière médicale et botanique), Moreau (pharmacie), Barral (chimie minérale); MM. les docteurs Bret et Lyonnet (clinique médicale), Mondan et Dor (clinique chirurgicale), Frenkel (clinique ophtalmologique), Coutagne (médecine légale), Genoud (zoologie); MM. Martz (clinique médicale), Causse (chimie organique et toxicologie).

Sont délégués, pour l'année scolaire 1895-1896, dans les fonctions de chefs de travaux : M. le docteur Siraud, agrégé (anatomie); M. Regaud (anatomie générale et histologie).

Ecole de Médecine d'Alger.

M. le docteur Bruch, professeur de clinique chirurgicale, est nommé, pour trois ans, directeur de ladite école, en remplacement de M. Texier, décédé.

Ecole de Médecine de Rouen.

M. Mesnard, docteur ès-sciences naturelles, est chargé d'un cours d'histoire naturelle.

Ecole de Médecine de Tours.

M. le docteur Parisot est institué, pour neuf ans, chef des travaux physiologiques.

66e ANNÉE. 9e SÉRIE. TOME II — N° 44 — 2 NOVEMBRE 1895

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : **Dr F. de RANSE** — *Rédacteur en chef :* **Dr Pierre SEBILEAU**

Secrétaire de la Rédaction : **M. Em. EMERY**

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 28, rue Vignon

TRAVAUX ORIGINAUX

De l'application en chirurgie des appareils à base de gutta-percha perfectionnés.

Par le Dr M. DESPREZ,

chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Saint-Quentin.

On sait que la gutta-percha est insoluble dans l'eau et résiste très bien à la plupart des corps acides et corrodants, ce qui permet de l'utiliser sous formes variées en chirurgie. Soumise à une immersion dans l'eau à 60°, à 70°, elle se ramollit assez pour prendre ensuite, quand elle est refroidie, la forme exacte et définitive des objets sur lesquels elle est appliquée.

L'art dentaire en fait un usage très fréquent, soit pour prendre une empreinte, soit pour obturer avec un mélange qui devient ensuite très résistant. Il y a longtemps que Morel-Lavallée en faisait un appareil excellent pour les fractures du maxillaire inférieur. Depuis longtemps elle est employée également pour les fractures de la rotule.

La malléabilité parfaite de la gutta-percha a été toujours très appréciée par les chirurgiens ; néanmoins, l'usage de cette substance n'était adopté que d'une façon très exceptionnelle parce qu'il présentait des inconvénients graves ; sous l'influence de la chaleur elle devient très adhésive, elle se fixe au doigt du chirurgien, au linge de pansement, elle se déforme, s'allonge et, pour être employée dans ces conditions, elle exige beaucoup d'attention et perd en grande partie ses propriétés remarquables.

J'ai eu le rare bonheur d'inaugurer une modification très importante de la gutta-percha.

J'ai profité du ramollissement facile et de son adhésivité parfaite pour en faire un mode de pansement qui a des qualités très dignes d'attention.

En incorporant méthodiquement avec beaucoup de soin une toile à large mailles sur les deux faces d'une feuille de gutta-percha, j'obtiens un mode de pansement d'une application très facile qui supprime tous les inconvénients de la gutta tout en lui conservant ses précieuses qualités : malléabilité parfaite, refroidissement et solidité obtenus en quelques instants.

D'après les nombreux résultats acquis dans mon service hospitalier et dans ma clientèle privée, je puis affirmer que le traitement de la plupart des fractures avec les bandes perfectionnées de gutta-percha est le plus facile à appliquer, le plus efficace et le mieux toléré des appareils amovo-inamovibles connus.

Si la réduction de la fracture est bien faite, si la coaptation des fragments est exacte, si l'appareil est toujours maintenu en contact avec le membre fracturé par l'intermédiaire d'une bonne couche d'ouate, la consolidation sera très rapidement acquise dans les meilleures conditions.

Dans les fractures du bras et de l'avant-bras, il permet rapidement la promenade ; sa légèreté, sa solidité, son application bien faite permettent au blessé de se servir de ses doigts et d'éviter les adhérences des tendons à leurs gaînes ; il assure de très bonne heure le rétablissement des fonctions du membre supérieur.

Dans les fractures de la jambe et de l'articulation tibio-tarsienne il supprime l'immobilité absolue dès les premiers jours et permet très vite le transport inoffensif du blessé, qui peut ensuite marcher de très bonne heure, avant la consolidation définitive. Celle-ci survient plus rapidement que par les appareils ordinaires.

La disposition de l'appareil sous forme de deux valves qui enveloppent presque complètement le membre fracturé est généralement la meilleure ; elle permet de maintenir une compression très exacte, d'empêcher le jeu de l'appareil et d'assurer aussi une cicatrisation très régulière et très

rapide comme si les fragments avaient été réunis par une suture métallique.

C'est ainsi que j'ai obtenu dans mon service hospitalier une consolidation parfaite en deux mois chez un blessé qui était atteint de pseudarthrose au tiers inférieur de la jambe, datant de quatre mois, qu'un appareil plâtré n'avait pu consolider.

Malgré un délire violent et une agitation extraordinaire chez une jeune fille atteinte de fracture des deux jambes, la consolidation a été excellente.

Dans les fractures de la cuisse comme dans celles de la jambe, un appareil composé de deux valves garnies d'une bonne couche d'ouate, qui passent sous le pied en forme d'étrier et qui remontent au-dessus du genou, permet mieux qu'aucun autre de prendre un point d'appui solide sur la partie supérieure du genou et d'exercer une traction énergique agissant directement sur la partie inférieure du fémur sans que les articulations du cou-de-pied et du genou soient intéressées par la traction très bien tolérée qui est exercée sur la partie inférieure de la jambe au-dessus du pied. C'est le meilleur moyen, à mon avis, de lutter avec succès contre le raccourcissement et même parfois de le supprimer.

La durée indéfinie de ces bandes m'a permis, à l'Hôtel-Dieu, de transformer pour une femme de petite taille, atteinte de fracture de la cuisse, un appareil qui avait servi à un homme d'une taille beaucoup plus élevée pour une fracture de la jambe.

La compression exercée sur la partie supérieure du genou a permis de supporter sans douleur une traction du poids de 5 kilos pendant un mois.

Il est présenté aujourd'hui comme spécimen d'appareils à transformation facile et répétée.

Application à la confection des gouttières. — Je signale à l'attention des chirurgiens et des fabricants d'instruments de chirurgie l'avantage considérable qu'il y aurait à substituer, dans les grands traumatismes, aux gouttières métalliques, même la gouttière de Bonnet, de Lyon, etc., des gouttières en gutta-percha que le chirurgien peut complètement modifier à volonté. Inaltérable au contact des liquides, elle est facile à nettoyer et à rendre antiseptique.

Je conseille d'employer à la confection des gouttières une bande de gutta-percha assez résistante pour faire une gouttière solide, mais assez flexible pour s'entr'ouvrir sans effort d'un côté ou de l'autre pour l'examen facile de la lésion traumatique et la réduction immédiate.

La gouttière peut être du reste souvent remplacée par deux valves larges juxtaposées, bien moulées et maintenues par quelques tours de bandes ordinaires simples ou munies d'une boucle à leur extrémité.

Application aux arthrites rhumatismales. — Une immobilisation facile avec deux valves de gutta-percha sur une bonne couche d'ouate dans le rhumatisme articulaire aigu, où la compression peut s'exercer très doucement, constitue le moyen le plus efficace contre les douleurs violentes qu'exaspère le moindre mouvement.

La malléabilité parfaite des bandes perfectionnées de gutta-percha et sa rigidité très rapidement acquise en font un élément précieux d'application méthodique et très exacte à la confection des appareils herniaires, surtout dans les hernies très difficiles à maintenir réduites.

Les bandes perfectionnées de gutta-percha peuvent être aussi appliquées avec succès à la confection des tubes dont on veut modifier instantanément la direction, comme les sondes urétbrales, les drains, etc.

Il reste bien d'autres applications fort intéressantes à faire à la chirurgie; elles seront l'objet d'un travail ultérieur.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Voies urinaires.

Par M. le Dr A. Guépin.

I. — **De l'emploi de la sonde à demeure après l'uréthrotomie interne**, par Jean Clément. Th. Paris, 23 juillet 1895.

II. — **Contribution à l'étude clinique du cancer de la prostate**, par J.-C. Julien. Th. Paris, 23 juillet 1895.

III. — **Traitement des abcès chauds de la prostate par l'incision rectale**, par A. Lafont. Th. Paris, 26 juillet 1895.

IV. — **Traitement précoce de la prostatite tuberculeuse**, par Gaston Feuchère. Th. Paris, 9 juillet 1895.

V. — **Etude et diagnostic des fausses cystites**, par Paul Legras de Grandcourt. Th. Paris, 18 juillet 1895.

I. — La sonde à demeure, après l'uréthrotomie interne, a eu ses partisans et ses détracteurs.

Aujourd'hui, elle est indiquée toutes les fois que l'urine n'est point aseptique. Grâce à elle, on évite la résorption de l'urine infectée, la fièvre urétbrale en un mot. Mais quand, après un temps variable, on supprime la sonde à demeure, parfois se montrent des accidents bénins ou graves provoqués par la cicatrisation insuffisante de la plaie de l'urèthre et le contact d'une urine septique. Il faut donc s'efforcer de rendre les urines aseptiques par la voie interne et surtout par la voie urétbrale, tout au moins après l'opération, quand la chose est impossible avant.

La partie historique de ce travail (pages 8 à 23), suffisamment complète, est très clairement exposée.

II. — Le cancer de la prostate est une affection plus fréquente qu'on ne le pensait autrefois ; il est, le plus souvent, primitif. Les causes prédisposantes locales ou générales en sont obscures. Sa plus grande fréquence est de 60 à 70 ans.

Tandis que, chez le vieillard, il s'agit le plus ordinairement de carcinôme, le sarcôme est presque spécial à la jeunesse. Deux modes d'évolution du néoplasme ont été observés : 1° forme à extension rapide et étendue; 2° forme où la tumeur reste longtemps dans les limites de la glande (rare). Le début se traduit par des troubles fonctionnels de l'appareil urinaire.

Cette thèse est le résumé des idées actuellement classiques. La lecture en est facile. Mais l'auteur appuie ses conclusions sur plusieurs exemples (Obs. XXI, page 71; observ. XXIII, page 74, etc.) où le diagnostic de cancer de la prostate est des plus discutables.

III. — L. A. conseille l'incision rectale, large de deux, trois centimètres, précoce dès que l'on soupçonne l'existence du pus, incision faite à ciel ouvert, comme plus efficace, moins grave, suivie plus rapidement de guérison que l'incision périnéale. Celle-ci doit être réservée aux cas où

il existe de vastes décollements, des fistules anciennes ou des cavernes prostatiques tuberculeuses.

Si l'auteur avait limité son travail à la question même qu'annonce le titre, l'intérêt du sujet n'y eût probablement rien perdu.

IV. — La voie périnéale est la seule à employer pour pratiquer le curettage de la prostate tuberculeuse. Cette intervention est particulièrement indiquée quand la tuberculose de la glande est accompagnée de lésions similaires de l'appareil génital.

En intervenant au début, on prévient parfois la généralisation de la tuberculose; car les lésions bacillaires restent longtemps localisées dans la glande, leur siège primitif. La présence de foyers tuberculeux dans les autres organes ne constitue pas une contre-indication au curettage de la prostate; seul, l'état général du sujet doit être pris en considération.

Quand, enfin, la tuberculose vésicale accompagne les lésions prostatiques, il faut, avant toute intervention sur la glande, améliorer sensiblement la vessie.

Pour que le traitement préconisé par l'auteur donne à l'opéré les plus grandes chances de guérison, il faut reconnaître d'*une façon précoce* la tuberculose prostatique; c'est ce que la lecture de cette thèse ne suffit pas à nous apprendre. En outre, dans les troubles de la miction qu'il est d'usage de rapporter à la cystite, il faut faire la part des phénomènes relevant de la prostatite seule et de l'irritation que provoquent les lésions tuberculeuses de l'urèthre prostatique.

V. — La fréquence des mictions, la douleur en urinant, la présence du pus dans l'urine, ne sont pas des signes absolument pathognomoniques de la cystite vraie et les modifications de la sensibilité vésicale, au contact et à la distension, ne se rencontrent point dans le plus grand nombre des cas d'excitation vésico-médicale réflexe (fausse cystite).

Tous les symptômes de la cystite peuvent être associés chez un même malade, en l'absence de toute altération vésicale et dépendre d'une affection plus ou moins lointaine, pyélite, urétérite, prostatite, etc. Le diagnostic de cystite ne devra être porté qu'après avoir éliminé toutes les causes de fausse cystite. Le traitement des fausses cystites devra viser la cause même des troubles urinaires, en évitant tout traitement local irritant sur la vessie que pourrait provoquer une réaction inflammatoire, surtout si celle-ci se trouve déjà dans de mauvaises conditions trophiques.

CRITIQUE MÉDICALE

Traité clinique des maladies du cœur chez les enfants.

Par M. E. Weill.

C'est une véritable lacune que M. Weill a voulu combler en rassemblant, sous forme de traité, les documents que nous possédons sur la pathologie cardiaque de l'enfance, documents fort nombreux, mais jusqu'à présent épars et dispersés et partant fort peu utilisables pour les praticiens qui n'ont pas le temps d'interroger les arcanes des bibliothèques. On peut même s'étonner que cette lacune ait persisté si longtemps dans la littérature médicale française, notre pays étant de ceux qui ont le plus contribué au progrès des connaissances cliniques dans ce domaine. Désormais, elle est effacée, grâce à l'idée opportune que M. Weill a eu d'écrire un livre qui a dès maintenant conquis une place importante dans la bibliographie déjà si riche des maladies du cœur.

Ce n'est pas, cependant, que ces dernières forment chez l'enfant un groupe nosologique vraiment spécial et on pourrait même objecter qu'elles ne sauraient mériter une étude à part, en partant de cette idée qu'il n'y a pas de différence fondamentale entre la pathologie de l'enfance et celle de l'adulte, les deux âges étant reliés par une transition insensible et les maladies étant à peu près sans exception commune à tous deux. On peut répondre que, si ces maladies ressemblent à celles de l'adulte, elles s'en distinguent néanmoins par certains traits, par un mode d'évolution particulier et souvent par une gravité pronostique, beaucoup plus accentuée que celle qui caractérise les affections similaires à un âge plus avancé de la vie. Il en est même qui sont presque une spécialité de l'enfance : telle la symphyse cardiaque, dont la fréquence chez les jeunes sujets est incomparablement plus marquée que chez les adultes et dont les conséquences sont habituellement si redoutables; telles encore et surtout les lésions d'origine congénitale, qui abrègent si ordinairement la vie des sujets et, en tout cas, ne leur laissent qu'une existence précaire, entrecoupée des mille obstacles que crée pour eux un fonctionnement cardiaque vicié dès l'origine. Il y a donc place, malgré tout, à des considérations fort élevées et fort intéressantes lorsqu'on traite un pareil sujet.

Le livre de M. Weill répond à ce désidératum, et il résume bien nos connaissances actuelles sur ce sujet difficile. Plusieurs chapitres y méritent une mention spéciale : d'abord, celui qui a trait à la physiologie générale et à la séméiologie du cœur de l'enfant, sorte de préface indispensable pour qui veut comprendre certaines particularités de la marche des cardiopathies dans le jeune âge, notamment la résistance que l'organe central de la circulation présente dans les premières années de la vie, les conséquences de cette résistance au point de vue de la durée et du pronostic des lésions valvulaires; puis le chapitre des péricardites, avec les nombreuses difficultés cliniques qui s'y rapportent et que l'on n'arrive à résoudre qu'après une longue pratique. Au sujet des endocardites chroniques il y a des remarques très intéressantes, comme la tolérance remarquable des enfants vis-à-vis des lésions valvulaires, et le rôle longtemps insoupçonné de la myocardite dans l'apparition plus ou moins brusque des phénomènes de l'asystolie; à propos des hypertrophies, qui prennent dans le livre de M. Weill la matière d'un article à part, nous avons été heureux de voir l'auteur rejeter la théorie de l'hypertrophie dite de croissance. Cette conception, due pour une grande part à G. Sée, n'a jamais pu s'établir solidement dans la science : depuis les dernières recherches de Potain et Vaquez, on doit la considérer comme détruite sans retour, elle n'a plus droit de figurer désormais dans les livres de pathologie.

Nous ne voulons pas insister sur les autres chapitres, pas même sur celui des myocardites, un des plus importants peut-être, parce qu'il confine de très près à l'histoire des maladies infectieuses et à celle du collapsus cardiaque, qui est lui-même une conséquence fréquente de ces maladies. Il nous suffira d'avoir montré, par cette analyse rapide, que le livre de M. Weill est complet, que l'auteur n'a rien voulu ignorer de ce qui s'est fait dans l'ordre d'idées où il a choisi son sujet. Cela justifie suffisamment, ce nous semble, l'appréciation favorable que nous avons formulée tout à l'heure. P. M.

SOCIÉTÉS SAVANTES

NEUVIÈME CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

Tenu à Paris du 21 au 26 octobre.

Présidence de M. Bœckel (de Strasbourg).

Le récent Congrès français de Chirurgie avait mis à l'ordre du jour les deux questions suivantes :

1° *La chirurgie du poumon* (rapporteur : M. Reclus, de Paris).

2° *De l'intervention opératoire précoce ou tardive dans les solutions de continuité des os* (crâne et rachis exceptés).

Mais avant la lecture des rapports sur chacune de ces deux questions et la discussion dont elles ont été l'objet, d'autres faits concernant des branches diverses de la pathologie chirurgicale ont été exposés devant les membres du Congrès.

En premier lieu, **M. le professeur Guyon** (de Paris) apporte des expériences et des observations au sujet de l'influence de la résection des canaux déférents sur l'état de la prostate. Les expériences, faites par M. Legueu (de Paris) sur des chiens, ont montré que, loin de produire aussi rapidement l'atrophie de la prostate que la castration totale, la résection des canaux déférents causait cependant *toujours* une condensation du tissu interstitiel au contact des culs-de-sac glandulaires et *quelquefois* une atrophie réelle du tissu de la glande prostatique.

Ces trois observations, dont une appartient à M. Legueu, viennent confirmer le résultat des expériences Les prostatiques auxquels on a fait la résection des canaux déférents étaient de vieux rétentionnistes. Ils ont été très notablement améliorés par l'opération.

Il y a donc, dans la résection des canaux déférents, un moyen de modifier heureusement l'état de certaines prostates. Cette résection, semble-t-il, pourrait même faire plus et préserver de l'orchite consécutive au cathétérisme les malades qui en sont fréquemment atteints.

M. le professeur Lannelongue (de Paris) est ensuite venu dire au Congrès que le staphyloccus aureus, découvert en 1880 par Pasteur dans le pus d'un tibia ostéomyélique, n'était pas le seul agent microbien de la périostite phlegmoneuse diffuse. L'orateur a rappelé *la pluralité microbiologique et clinique de l'ostéomyélite aiguë*, auparavant enseignée par lui, d'après laquelle le streptocoque et le pneumocoque, en particulier chez les jeunes sujets, ont été maintes et maintes fois rencontrés dans le pus.

M. le professeur Tillaux (de Paris), rappelant qu'il a, le premier, signalé l'existence de certains rétrécissements partiels du rectum, qui sont les restes d'une disposition congénitale particulière et qui peuvent être l'origine de fistules susceptibles de guérir à peu de frais, a rapporté un cas typique de ces rétrécissements et insisté sur l'importance de leur notion au point de vue du pronostic et du traitement.

La chirurgie des voies biliaires a été ensuite abordée par **M. le professeur Terrier** (de Paris). Les trois observations apportées par ce chirurgien ont eu pour effet de montrer que la cholécystostomie était la seule manière de traiter les angiocholites et les cholécystites infectieuses, même non suppurées. Il convient non plus d'attendre, comme le conseillent les médecins, qu'il y ait du pus dans les voies biliaires extra-hépatiques pour faire la laparotomie ; mais il faut, dès que l'inflammation de la vésicule est certaine, aller ouvrir la vésicule biliaire et la laisser béante.

Enfin, **M. le professeur Demons** (de Bordeaux) a déclaré au Congrès qu'il était partisan d'appliquer systématiquement la dérivation des matières comme opération préliminaire à la cure radicale de certains rétrécissements de l'œsophage et de certaines tumeurs du rectum.

PREMIERE QUESTION

La chirurgie du poumon.

M. Paul Reclus (de Paris) résume dans son rapport, sous trois chapitres, toutes les affections du poumon qui sont susceptibles d'une intervention opératoire. Ce sont les hémorrhagies, les tumeurs et les collections cavitaires.

Dans les *hémorrhagies* du poumon, traumatiques ou pathologiques, on a essayé, par la *ligature*, de tarir l'écoulement de sang. Les interventions ont été rares et suivies de mort. Néanmoins, M. Reclus pense avec M. Delorme (du Val-de-Grâce) que, dans certains cas où l'hémorrhagie du poumon est persistante, on doit tailler un volet dans la paroi thoracique pour essayer, par tous les moyens possibles, d'arrêter le sang.

Dans les cas de *tumeurs du poumon*, représentées par la tuberculose et les cancers, l'opération pratiquée s'appelle la *pneumectomie*. On a surtout essayé, par ce procédé, d'extirper des masses tuberculeuses. Il y a eu deux heaux succès, celui de M. Tuffier et celui de M. Lawson. Malgré ces deux succès, M. Reclus estime que la tuberculose du poumon, en raison de sa diffusion et de sa coexistence dans plusieurs lobes, est une contre-indication à la pneumectomie. Il en serait de même, d'ailleurs, pour l'extirpation des masses cancéreuses dont il a été rapporté très peu d'observations.

Les *collections cavitaires* du poumon sont représentées par les cavernes tuberculeuses et les dilatations des bronches, les gangrènes, les abcès, les kystes hydatiques. L'opération pratiquée dans tous les cas de ce genre s'appelle *pneumotomie*. Il va sans dire que la pneumotomie est une opération chirurgicale plus fréquemment applicable que la pneumectomie.

Dans les cavernes tuberculeuses et les dilatations bronchiques, l'intervention, dit M. Reclus, doit être exceptionnelle. Les indications de la pneumotomie dans ces conditions sont formulées par ces conclusions parues en 1885 dans la thèse de Truc et auxquelles M. Reclus se rallie : « *Lorsque l'excavation pulmonaire constitue la lésion essentielle, que les symptômes de résorption putride dominent la scène et provoquent de l'hyperthermie, que la toux secoue le malade, que l'abondance de l'expectoration l'épuise, on peut, sans vaine espérance, mais comme traitement palliatif, recourir à la pneumotomie* ».

La gangrène du poumon, les abcès du poumon et les kystes hydatiques du poumon sont, par contre, les affections vraiment dignes de la pneumotomie. La totalité des chirurgiens compétents en la matière l'affirment avec de nombreux faits à l'appui. La proportion des résultats favorables est élevée pour chacune de ces affections.

Quant au manuel opératoire qu'il est bon de suivre dans chacune des trois sortes d'interventions que le chirurgien peut avoir à pratiquer sur le poumon, il est difficile à préciser d'une manière absolue pour la ligature dans les cas d'hémorrhagie du poumon et pour la pneumectomie. Mais il y a des règles déjà établies pour la pneumotomie. L'incision des parties molles en H, en U on en T doit donner, tout d'abord, un large accès sur les côtes. Puis on pratique un « Estlander » préventif qui permet d'inspecter les plèvres. Les deux feuillets de la plèvre peuvent être adhérents naturellement, ou bien on peut provoquer leur adhérence au niveau du champ opératoire en les suturant. Il faut alors rechercher la caverne par la ponction et inciser le poumon à son niveau en se servant de l'aiguille de l'aspirateur laissée en place comme fil conducteur. L'incision doit être faite avec la lame du thermo-cautère à peine chauffée au rouge sombre.

Mais il convient de ne pas abandonner la recherche de la caverne lorsque la ponction exploratrice reste négative. Enfin, la caverne ouverte est drainée avec un tube en caoutchouc souple et des lanières de gaze iodoformée. Il semble que les lavages de la cavité doivent être repoussés.

Le rapport de M. Reclus a provoqué quelques objections.

M. Tuffier (de Paris), dont le cas de pneumectomie pour tuberculose dn sommet du poumon a déjà été cité, a tenu à présenter son malade, opéré depuis plus de quatre ans, dont l'état de santé est toujours resté satisfaisant, et dont le poumon examiné par nombre de médecins des hôpitaux n'a présenté aucune récidive de bacillose. A l'absolutisme de M. Reclus qui proscrit toute pneumectomie pour tuberculose localisée au sommet du poumon, M. Tuffier croit donc devoir opposer la conclusion suivante : la tuberculose pulmonaire est généralement au-dessus de nos moyens d'action, mais, dans certains cas exceptionnellement rares, l'extirpation des noyaux tuberculeux peut donner des résultats aussi complets et aussi durables que ceux que fournit l'excision de toute tuberculose locale.

M. Michaux (de Paris) est aussi plus enthousiaste. Il rapporte un cas de plaie du poumon par balle de revolver et voici les signes sur lesquels il s'est fondé pour intervenir : 1° symptômes incontestables d'un épanchement sanguin récent, matité étendue, absence de vibrations thoraciques, égophonie; 2° siège plus ou moins dangereux de la plaie (voisinage du cœur, des artères intercostales, mammaires internes); 3° faiblesse, anxiété, dyspnée croissantes. Voilà les indications principales de l'intervention. Qoant à l'intervention elle-même, M. Michaux ne peut en donner de règles plus précises que M. Reclus. Tout ce que l'on peut dire, c'est qu'il faut pénétrer dans la plèvre par nn large volet qui comprenne au moins deux côtes.

Outre ce fait d'intervention pour traumatisme du poumon, M. Michaux a deux observations de pneumotomie pour cavernes, lesquelles l'ont conduit aux conclusions que voici :

1° Le diagnostic des petites cavernes de la partie moyenne et inférieure du poumon est extrêmement difficile;

2° Le poumon est un organe extrêmement tolérant pour le tranmatisme, puisque M. Michaux a pu le ponctionner et l'inciser profondément au thermocautère sans grande hémorrhagie et sans grand dommage ultérieur.

M. Péan (de Paris) a semblé être moins porté vers l'intervention chirurgicale immédiate dans les cas de traumatismes graves du poumon. Mais il pense que l'on peut éviter l'intervention en immobilisant le malade traumatisé et en se tenant tout simplement prêt à agir, qaand une suppuration se produit du côté de la plèvre ou du poumon.

Il faut, dit, de son côté, **M. Walther** (de Paris), établir une distinction de la plus haute importance entre les cavernes de formation récente et les cavernes de formation ancienne, au point de vue de la réparation du tissu pulmonaire après la pneumotomie. Les cavernes de formation récente se comblent vite, une fois vidées, il est loin d'en être ainsi pour les cavernes de formation ancienne où dominent la sclérose et la dilatation.

Il faut, d'autre part, dit **M. Delagenière** (du Mans), ne pas oublier les relations intimes qui existent entre la chirurgie de la plèvre et celle du poumon. Mais il faut considérer que la plèvre est très susceptible d'être inoculée au cours des interventions généralement septiques que l'on fait sur le poumon. Il sera donc utile de prévenir cette inoculation en drainant le cul-de-sac costo-diaphragmatique selon les règles antérieurement données par l'auteur.

MM. Marchant (de Paris), **Jounesco** (de Bucarest), **Doyen** (de Reims) ont enfin cité des faits personnels de chirurgie du poumon dans lesquels ils ont fait la pneumotomie.

DEUXIÈME QUESTION

De l'intervention opératoire précoce ou tardive dans les solutions de continuité des os (crâne et rachis exceptés).

Dans son rapport, **M. Heydenreich** (de Nancy) a d'abord parlé de l'intervention opératoire précoce dans les fractures. L'amputation, antrefois de règle, tend à être de plus en plus restreinte. La chirurgie des membres est devenue essentiellement conservatrice. Qnand donc le membre mérite d'être conservé, et c'est là le cas le plus commun, il peut néanmoins présenter des lésions qui appellent l'intervention dn chirurgien, telles sont les lésions vasculaires (blessure artérielle le plus souvent) et les lésions des nerfs. A chacune de ces complications, il fant nn traitement approprié.

Pour les antres motifs d'intervention dans les fractures, il faut nécessairement établir une distinction selon que la fracture est ouverte ou fermée.

Dans la fracture ouverte, il peut y avoir tout d'abord des corps étrangers. La règle n'est pas fatalement de les sortir, surtout lorsqu'ils n'ont causé que des désordres limités. La résection typique dans les fractures par armes à feu semble être aujourd'hui en défaveur. Il en est de même des résections articulaires à la suite des fractures articulaires. Dans les deux cas, on semble préférer s'en tenir aujourd'hui à la conservation pure et simple.

Dans la fracture fermée, il est rare que l'on ait à intervenir en dehors des lésions artérielles ou nerveuses, des collections sanguines ou des suppurations de voisinage.

M. Heydenreich en arrive ensuite à la fixation directe des fragments de l'os fracturé. On peut procéder à cette fixation par deux procédés : la ligature et la suture. On peut aussi employer, à la place des fils, des chevilles en ivoire ou en plomb.

M. le rapporteur passe en revue les différentes méthodes proposées à cet effet et il aborde enfin la question du traitement tardif des fractures.

Ici, les cas sont nombreux. Il y en a de peu intéressants : les suppurations, les débridements, les drainages, les trépanations des os. D'autres sont d'ordre moins banal, tels que les cals vicieux, les inclusions nerveuses dans le cal, les cals exubérants. Ces derniers penvent être traités de façons différentes. Quand la date de l'accident est encore assez récente, on peut faire le redressement manuel de la fracture, mais, plus tard, ce redressement est impossible, il faut alors opérer à ciel ouvert et pratiquer soit l'ostéoclasie, soit l'ostéotomie. C'est là la méthode de choix.

Enfin, quand il existe une perte plus ou moins étendue de la substance osseuse, plusieurs méthodes s'offrent au chirurgien. C'est, en premier lieu, la greffe osseuse expérimentalement démontrée par Ollier en 1860. Les fragments osseux greffés n'ont, toutefois, qu'une vitalité propre apparente, mais ils excitent et réveillent, dans les tissus voisins, des propriétés ostéogéniques endormies. D'après ces faits, une autre substance que la substance osseuse pourrait remplir le rôle demandé à la greffe osseuse. Aussi emploie-t-on aujourd'hui l'os mort et l'os décalcifié. Aussi, Dreesmann emploie-t-il le plombage des os.

Après la lecture de ce rapport, une petite discnssion est engagée. **M. le professeur Berger** (de Paris) estime que le moment n'est nullement venu d'engager les chirurgiens dans la voie des opérations pour les fractures non compliquées de plaie, même si ces dernières sont difficiles à réduire et à maintenir. Pour lui, il convient plutôt d'insister sur les soins qu'on doit donner à la surveillance des fractures, à l'application des appareils, aux indications multiples que ceux-ci comportent. M. Berger fait enfin la critique des appareils plâtrés que l'on place sur les membres fracturés immédiatement après l'accident. On leur doit, dit-il, la plupart des pseudarthroses et des antres cas de contention insnffisante.

Tel n'est pas l'avis de **MM. Tillaux** et **Reynier** (de Paris). Le premier est partisan des appareils plâtrés tôt appliqués, le second pratique couramment la suture osseuse pour les fractures de la clavicule et il croit inutile de revenir aux anciens appareils, parce que les nouveaux, mal surveillés, ont donné quelquefois une consolidation vicieuse.

Ces idées ont été défendues avec non moins de chaleur par **M. Demons**, pour qui nous sommes trop sobres d'interventions sanglantes d'une manière générale, dans le traitement de certaines fractures de la clavicule, par exemple.

Pour **M. J. Bœckel** (de Strasbourg) l'intervention opératoire

qu'elle soit précoce ou tardive, dans le traitement des fractures fermées, n'aurait aucune gravité et aurait fourni des succès constants dans les 59 cas que possède cet auteur.

A propos de la ligature des os comme moyen de contention dans les fractures, **M. Lejars** (de Paris) a rendu compte d'un nouveau procédé de *ligature en cadre* qui donne une coaptation absolument solide et présente un système composé de deux ligatures circulaires, de deux fils horizontaux, parallèles à l'axe de l'os, de deux fils verticaux perpendiculaires à cet axe, tous appareillés entre eux et solidaires les uns des autres. Grâce à ce procédé, l'immobilisation est complète dans tous les sens.

M. Adenot (de Lyon), **M. Villar** (de Bordeaux) et **M. Moty** (de Lille) sont venus donner le compte rendu d'observations ayant trait d'une part à des sutures osseuses dans les fractures de la rotule et de l'olécrâne ; de l'autre à des exemples d'intervention tardive dans quelques cas de fractures ; de l'autre, enfin, à des cas d'intervention tardive dans des fractures des os longs. A ce sujet, M. Moty conseille d'affronter les extrémités, dans les pseudarthroses, sur une large surface et de suturer le périoste au catgut.

De son côté, M. Jonnesco apporte deux cas de fractures dont l'un a trait à une fracture ancienne du col fémoral avec consolidation vicieuse et ankylose de la hanche. M. Jonnesco a fait l'ostéotomie oblique du fémur et obtenu la guérison de son malade. L'autre cas concerne une fracture comminutive de la rotule qui a été guérie après ablation des deux fragments et suture du reste de la rotule. J. P.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 30 octobre.— Présidence de M. Théophile Anger.

Traitement de l'appendicite.

M. Quénu (à propos du procès-verbal de la dernière séance).— Je me garderai bien d'éterniser la discussion sur le traitement de l'appendicite. Cette discussion, aujourd'hui, manquerait d'éléments et serait sans intérêt.

Mais je tiens à répéter, une dernière fois, que je reste partisan des doctrines que j'ai déjà données et je veux établir nettement les divergences qui m'éloignent de mes contradicteurs.

Parmi ces derniers, il en est, tels que M. Tuffier, qui sont de mon avis et refusent d'aller à la recherche de l'appendice quand ils ouvrent l'abcès péricæcal. Tous les autres sont d'un avis contraire. C'est une affaire entendue.

Autre point : quand M. Reclus me reproche de ne pas ouvrir tous les foyers de suppuration par ma façon d'opérer l'appendicite, je dois lui répondre que, certainement, je n'ai jamais prétendu drainer *forcément* tous les foyers suppurés en mettant une mèche de gaze iodoformée entre les lèvres de l'incision iliaque. Ce que je soutiens, néanmoins, c'est que, par ce drainage, d'une part, on arrive *toujours* à faire évacuer une collection péricæcale; d'autre part, on arrive *souvent* à faire évacuer des foyers voisins de cette collection. J'en ai, d'ailleurs, cité des exemples dans ma communication du mois de juillet dernier. (Voir *Gazette Médicale* du 27 juillet 1895, n° 30, p. 349.)

Je veux protester, enfin, contre cette phrase de Nélaton, qui a été inscrite dans le procès-verbal : « *la non-recherche des foyers secondaires de l'appendicite est équivalente à la mort.* » Les faits que je vous ai rapportés prouvent suffisamment ce que cette affirmation a de faux.

Absence de vagin. — Restauration.

M. Picqué (rapporteur) rappelle en quelques mots l'observation envoyée par M. Villar (de Bordeaux). Il s'agit d'une femme, âgée de 32 ans, qui n'a jamais été réglée. Mais à la place des menstrues, elle avait des épistaxis périodiques. Elle s'est néanmoins mariée à 18 ans et demi. Pas de rapports sexuels avec son mari. Mais bientôt le divorce.

M. Villar a vu cette malade en 1892. Par le palper abdominal, il n'a trouvé ni utérus ni annexes. Par le toucher rectal, il a senti un utérus très atrophié. A la place de l'entrée du vagin, il y avait une membrane qui unissait entre elles les deux petites lèvres et qui ne se laissait pas déprimer par la pression du doigt. M. Villar a opéré cette malade de la façon suivante : il a fait une incision transversale allant d'une petite lèvre à l'autre, incision analogue à celle que j'ai recommandée dans une précédente communication sur un semblable sujet. Puis, il a décollé la cloison recto-vésicale. Cette cloison était d'une minceur extrême. Il a pratiqué l'autoplastie pour favoriser la formation de la cavité vaginale ainsi créée. Il a, enfin, fait porter à sa malade un appareil destiné à empêcher la rétraction cicatricielle.

Cet appareil a été supporté pendant quatre ou cinq mois. Au bout de 14 mois, la malade avait un vagin dilatable, tapissé d'une muqueuse et long d'environ 7 centimètres ; mais, toujours pas de rapports sexuels.

Malgré ces résultats insuffisants au point de vue de la physiologie génitale, on ne doit plus mettre en doute, aujourd'hui, l'utilité de la création du vagin artificiel quand le vagin naturel fait défaut. Mais il faut être circonspect pendant cette opération. Les procédés autoplastiques qui m'ont donné de bons résultats, personnellement, et qui en ont donné de semblables à M. Villar, sont, néanmoins, souvent accompagnés d'échecs. Enfin, je n'approuve pas l'usage de l'appareil employé par M. Villar pour obtenir la dilatation du vagin qu'il avait créé. Cela dit, je propose d'envoyer nos remerciements à M. Villar et d'inscrire son nom dans un bon rang pour le titre de membre correspondant national de la Société.

M. Segond. — J'ai une observation de même nature que celle de M. Villar à vous raconter.

Il s'agit d'une femme de 25 ans, mariée, quoique n'ayant jamais eu ni menstrues, ni troubles concomitants. Peu après le mariage, le mari a vis-à-vis de sa femme certaines difficultés que vous soupçonnez peut-être. Je ne sais pas ce qui s'est alors passé au sujet de cette femme. Toujours est-il qu'elle m'a été présentée à quelque temps de là.

Je l'ai d'abord interrogée. Elle m'a raconté qu'elle avait été *opérée*. Puis on m'a *conseillé*, dit-elle, de me dilater avec l'instrument que voici (elle m'a montré un *spéculum de Ricord*) et maintenant, a-t-elle ajouté, je puis avoir avec mon mari les rapports sexuels que je n'avais pas auparavant.

Après cet interrogatoire, j'ai touché cette femme, mais *sans regarder*. Mon doigt est entré dans une cavité très vaste semblable à un grand vagin et j'avais la racine de mon index parfaitement comprimée, comme on l'a d'ordinaire à l'entrée du vagin.

C'est alors que *j'ai regardé*. Et j'ai vu, à ma grande stupéfaction, que mon doigt était introduit dans l'urèthre et avait pénétré dans la vessie.

C'est dans son urèthre que cette femme faisait la dilatation qu'on lui avait conseillée. C'est dans l'urèthre que s'accomplissait le coït. Mais de vagin, il n'y en avait pas. Il s'agissait donc de lui en faire un.

Sans perdre du temps aux anciennes méthodes, j'ai tout de suite pensé à une opération sanglante. J'ai, moi aussi, fait une incision transversale au niveau de la membrane occupant la place de l'orifice du vagin; j'ai décollé, avec les doigts, la cloison recto-uréthrale, et, comme dans le cas de M. Villar, cette cloison était d'une grande minceur. Tellement mince était la cloison que, ayant d'autre part senti, par le palper abdominal et le toucher rectal combinés, un tout petit noyau d'une dureté extrême que je pris pour l'utérus atrophié, je me rapprochai, dans mon décollement, tout près de ce noyau, mais je ne l'atteignis pas de peur d'entrer dans la cavité péritonéale.

Ensuite, je n'ai pas fait d'autoplastie, contrairement à M. Villar. Je me suis contenté de faire un simple tamponnement de ce vagin

artificiel avec de la gaze iodoformée. Ma malade a longtemps gardé le lit, et, quand j'ai sorti tout à fait la gaze iodoformée, j'ai pratiqué la dilatation vaginale, non avec un spéculum de Ricord, mais avec des bougies rectales que ma malade a pris soin d'introduire elle-même régulièrement dans son vagin. Elle a enfin, aujourd'hui, un vagin petit, mais suffisant, et chez elle la physiologie a complété l'anatomie.

M. Schwartz. — Je ne fais que rappeler un cas d'absence de vagin, avec hernie double de l'utérus des trompes et des ovaires, que j'ai opéré autrefois en pratiquant le décollement, comme mes collègues, et en réduisant les organes herniés. J'ai établi le lambeau de muqueuse par autoplastie.

M. Pozzi. — La topographie de la vulve a-t-elle été faite dans le cas de M. Villar ? Cela est important à cause de l'embryogénie de l'hymen, qui, selon moi, ne serait pas une dépendance des canaux de Muller. Je ferai remarquer à M. Segond que les dilatations vaginiformes de l'urèthre, loin d'être rares, se rencontrent chez les hypospades et les imperforées.

M. Tuffier. — Voici une observation :

On m'amène, il y a quelques mois, une jeune fille qui présente une tumeur abdominale. A chaque période menstruelle, elle présente de fortes poussées douloureuses. Je fais le toucher et j'entre dans un prétendu vagin au fond duquel je sens une tumeur. Je pensais donc à un vagin incomplètement perforé et présentant au-dessus de son fond une tumeur formée par la rétention des menstrues. Je voulus d'abord faire la dilatation de ce vagin. Extérieurement, en effet, la vulve ne présentait rien de spécial. Mon interne mit donc une tige de laminaire dans le vagin. Mais, quand je voulus, à trois jours de là, faire l'opération, je ne trouvai plus la tige. J'examinai, à nouveau, et je vis que cette tige était dans la vessie où elle occupait une direction transversale comme tous les corps étrangers de la vessie. En somme, il n'y avait pas de vagin, je résolus d'en créer un.

Je fis donc l'incision transversale classique ; j'opérai le décollement de la cloison, comme l'ont fait mes collègues. J'abaissai fortement l'utérus et je l'accolai sur les limites du trajet intermédiaire que je venais de créer. Je fixai ainsi l'utérus à la peau.

Pendant quelque temps, tout alla bien ; mais, bientôt, l'orifice se rétracta, s'oblitéra et je dus faire une seconde intervention.

Aujourd'hui, enfin, ma malade présente une toute petite cavité vaginale, mais elle n'en continue pas moins à coïter avec son urèthre.

M. Picqué. — Je répondrai simplement à la question de M. Pozzi que M. Villar ne nous a donné aucun détail sur la topographie de la vulve de sa malade. Le moindre détail eût cependant été intéressant, surtout quant à l'hymen.

Plaies pénétrantes de l'abdomen par coups de couteau.

M. Picqué donne un résumé de deux observations envoyées par M. Estor (de Montpellier) et lit un court rapport à ce sujet.

Hernie et plaie du poumon sans lésions de la peau.

M. Reynier. — Je vais vous présenter tout à l'heure un malade dont voici auparavant l'observation.

Il s'agit d'un marchand des quatre saisons qui fut tamponné par une voiture sur le côté gauche du thorax au niveau du quatrième espace intercostal. Il était, quand on l'amena quelques instants après dans le service, pâle et atteint d'une dyspnée intense. On fit des injections de caféine et d'éther, et l'on attendit. Le lendemain, dyspnée encore plus intense avec tous les signes d'un emphysème sous-cutané. L'état général était très aggravé.

Quelque temps auparavant était entré, chez moi, un malade ayant été tamponné à la gare du Nord. Je ne lui avais rien fait, il était mort peu après. Mais, à l'autopsie, on avait trouvé, chez ce malade, un enfoncement de côtes et j'avais alors regretté de n'être pas intervenu.

Chez mon dernier malade je suis donc intervenu, mais avec prudence. Aussitôt l'incision de la peau faite, j'ai vu une hernie du lobe supérieur du poumon, à travers l'espace intercostal entièrement bouleversé. Il y avait plaie de l'artère intercostale et plaie de la surface du poumon avec du sang épanché dans la cavité pleurale. J'ai donc réduit la hernie, fait des ligatures, refermé l'espace intercostal au catgut et laissé en place les fragments d'une côte fracturée.

Dès le lendemain, il y avait une forte amélioration dans l'état du malade. Au bout de quatre jours, quelques phénomènes de congestion pulmonaire. J'enlève quelques fils de suture, je trouve un petit abcès superficiel sans communication avec la plèvre, je le traite et bientôt tout fut fini.

D'ailleurs, vous allez voir mon malade et vous conviendrez que, en dehors de quelques lésions cardiaques et bronchiques antérieures à son accident (c'est un homme âgé de 60 ans), il paraît tout disposé à continuer d'exercer son métier, sans gêne respiratoire aucune.

Il m'a semblé que cette observation était intéressante à plus d'un titre. D'abord, depuis que Desault, combattu par Dupuytren, l'a conseillé, c'est la première fois que l'on intervient, avec le bistouri, pour hernie du poumon, plaie du poumon et emphysème sous-cutané *sans lésions de la peau*. De plus, cette observation montre que la contusion du poumon ne doit pas être impliquée à la seule flexibilité des côtes, comme disait Gosselin, mais aussi à l'action directe de l'agent traumatisant.

M. Michaux. — Le fait de M. Reynier, joint aux faits à peu près semblables que j'ai présenté au récent Congrès français de Chirurgie (Voir *Gazette Médicale* du 2 novembre 1895), prouve que nous sommes trop sobres d'interventions sur le poumon traumatisé et qu'il y a beaucoup à faire en ce qui concerne la chirurgie du poumon.

M. Poirier. — Il y a deux ans, j'ai vu un matelot qui, étant tombé du haut des vergues de son navire, présenta en un point du thorax tous les signes d'une hernie du poumon. Je fis tout simplement de la compression à ce niveau. Aujourd'hui, je sais, pour avoir vu depuis le malade, que l'espace intercostal, siège de la hernie pulmonaire, est resté bien fermé.

M. Reynier. — Il y a, en effet, des cas, j'en conviens, où l'intervention simple faite par M. Poirier peut suffire. Mais de ces cas, il faut éloigner ceux dans lesquels l'épanchement du sang, comme c'était le cas chez mon malade, commande l'intervention sanglante dans le but d'éviter l'infection.

Hématuries rénales graves sans substratum anatomique (hémophilie rénale).

M. Picqué présente une malade atteinte d'hématurie rénale grave. L'examen par la cystoscopie et par la taille hypogastrique exploratrice n'a rien montré du côté de la vessie. Mais, après cette opération, l'hématurie a cessé pour reprendre bientôt.

Enfin, M. Picqué a fait une néphrotomie exploratrice et rencontré sur le rein un kyste séreux au niveau de l'extrémité inférieure de l'organe. La malade a guéri et se porte actuellement très bien.

M. Tuffier. — Je suis d'avis qu'il faut être très circonspect à la suite des opérations pour hématuries persistantes. Très souvent, ces hématuries persistent malgré l'intervention qui a pu être faite.

M. Marchand. — Pourquoi M. Picqué n'a-t-il pas fait le toucher vésical chez sa malade ?

M. Ricard. — Avant de parler d'hématurie rénale, il faut être sûr qu'il ne s'agit pas de tuberculose rénale. Ces cas de soi-disant hémophilie peuvent bien n'être le plus souvent que des « hémoptysies rénales » c'est-à-dire une des premières manifestations de la tuberculose du rein.

M. Picqué. — J'accepte volontiers toutes les réserves faites

par mes collègues. Mais, en attendant mieux, je conserve le terme, latent si vous voulez, d'*hémophilie rénale* que M. Broca a le premier employé pour dénommer les hématuries persistantes sans substratum anatomique.

M. Walther présente deux jeunes malades du service de M. Monod, à l'hôpital Saint-Antoine, qu'il a dû traiter, pendant les vacances, pour décollement épiphysaire de l'humérus. Chez l'un de ces malades, M. Walther a dû faire la résection de la tête humérale et il a pu remettre les choses en place, grâce à l'appareil de Hennequin. Les deux malades sont parfaitement guéris et leur articulation scapulo-humérale fonctionne admirablement.

M. Kirmisson présente un petit malade auquel il a enlevé un sarcôme de la cavité abdominale.

M. Berger loue les heureux résultats de l'autoplastie et montre un malade atteint d'une double rétraction de l'aponévrose palmaire; d'un côté, M. Berger a fait l'autoplastie et pris un lambeau de peau sur la poitrine du malade. Actuellement, la main de ce côté est normale et les doigts peuvent subir l'extension complète. M. Berger se propose de traiter l'autre main de la même façon.

M. Pozzi remet à la Société un exemplaire du mémoire de M. Murphy (de Chicago), avec des modèles du nouveau bouton que ce chirurgien fait maintenant fabriquer en aluminium. M. Murphy demande à prendre rang pour le titre de membre correspondant étranger de la Société de Chirurgie.

M. Monod remet à la Société la deuxième édition du *Traité sur la Pathologie et le Traitement de la Pérityphite*, par M. Sonneburg (membre correspondant étranger de la Société).

M. Auguste Reverdin (de Genève), membre correspondant, assistait à la séance de la Société.

La séance est levée. Petit.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 29 octobre.

Double pied-plat valgus douloureux. — Opération d'Ogston sur le pied gauche.

M. Berger lit, à l'occasion d'un travail de M. Kirmisson sur ce sujet, un rapport dont voici le résumé:

Tout le monde convient qu'il faut réserver l'intervention chirurgicale au troisième degré de la tarsalgie des adolescents, telle que Gosselin l'a établie, c'est-à-dire aux cas de pieds-plats valgus douloureux et invétérés chez lesquels on ne peut obtenir d'amélioration, ni par les moyens orthopédiques imaginés à cet effet, ni par le repos, ni par l'anesthésie. Dans ces cas, en effet, mieux vaut tenter l'opération que laisser le jeune sujet voué à une impotence fonctionnelle fatale. Néanmoins, les résultats fournis par l'opération sont loin d'être brillants. On obtient bien une réforme heureuse de la configuration extérieure du pied, mais on n'obtient pas de réforme complète de la fonction, à peine une légère amélioration se voit-elle quelquefois. Et encore les quelques cas signalés n'ont-ils pas été suivis assez longtemps pour qu'on soit en droit d'affirmer que l'amélioration obtenue a été durable.

Pour M. Berger, le cas dont M. Kirmisson a rapporté l'observation doit rentrer dans cette catégorie de faits.

An total, on ne pourra être fixé sur la valeur de l'opération dans le pied-plat valgus douloureux que lorsqu'il se sera écoulé un assez long temps depuis l'opération et que le nombre des observations sera suffisamment élevé.

C'est enfin à l'opération d'Ogston qu'il faudra avoir recours dans les cas de pieds-plats valgus douloureux invétérés. M. Berger est, sur ce point, du même avis que M. Kirmisson.

Sur la greffe osseuse hétéroplastique.

M. Mossé (de Toulouse) vient de faire de nouvelles expériences de la greffe hétéroplastique sur le singe, le chat et le lapin.

Sur la région fronto-pariétale d'un singe, deux greffes ont été pratiquées au même moment et à une distance l'une de l'autre de 3 centimètres. L'une des greffes provenait d'un chat, l'autre d'un lapin. La première, au bout de sept mois, adhérait parfaitement au crâne et paraissait vascularisée par transparence. La seconde, au bout du même laps de temps, avait été réduite de deux tiers. Enfin, la première greffe, examinée au microscope, a présenté tous les caractères de l'ossification.

Ces expériences confirment la possibilité de la greffe osseuse. Mais elles montrent, de plus, que le fait de voir que les os de tous les animaux ne peuvent subir la transplantation, empêche d'appliquer, pour le moment, avec certitude, la greffe osseuse à la thérapeutique chirurgicale.

Atrophie papillaire glaucomateuse simulant l'atrophie du tabès.

M. Galezowski lit une note sur une variété spéciale d'atrophie papillaire glaucomateuse jusqu'ici confondue avec celle du tabes, et qui en diffère essentiellement parce qu'elle guérit par la sclérotomie, et reste guérie, à la condition, toutefois, que cette opération soit fréquemment renouvelée.

Traitement de l'ophtalmie purulente chez les nouveau-nés.

M. Kalt communique les résultats obtenus dans 200 cas d'ophtalmie purulente observés sur 169 nouveau-nés et 31 adultes, par les grands lavages de permanganate de potasse ou de chaux à 1/3000e.

Dans tous les cas, la guérison s'est montrée complète au bout de dix jours.

M. Bloch lit un travail sur un nouveau procédé d'hématothérapie dans la tuberculose non héréditaire. Ce procédé consiste à transfuser au malade 2 à 3 centimètres cubes de sang prélevé à un de ses congénères. J. P.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 21 octobre.

Toxicité de l'acétylène.

M. Gréhant, d'après une série d'expériences, a pu établir que l'acétylène est toxique lorsqu'on l'emploie à une dose élevée comprise entre 40 et 70 0/0. Il a vu, de même, que la toxicité du gaz d'éclairage était plus grande que celle de l'acétylène.

M. Berthelot rappelle ses expériences faites en commun avec Cl. Bernard, il y a trente ans, sur la toxicité de l'acétylène. Cette toxicité, telle que M. Gréhant l'a démontrée, serait plus intense si l'acétylène était mélangé d'oxyde de carbone, ou d'acide cyanhydrique comme cela arrive quelquefois dans sa préparation.

M. Moissan. — J'ai souvent respiré de l'acétylène pur en petite quantité sans avoir été le moins du monde incommodé.

Séance du 28 octobre.

Développement des terminaisons nerveuses dans les muscles à fibres striées.

MM. G. Weiss et **A. Dutil** communiquent une note d'après laquelle les éléments des muscles appelés faisceaux *neuromusculaires* et considérés, jusqu'ici, comme étant l'origine et le premier état des plaques motrices, n'ont rien de commun avec les plaques motrices. Ces deux éléments ont, en effet, un développement absolument indépendant. Mais les faisceaux neuromusculaires appartiennent à l'appareil de sensibilité.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 25 octobre.

Vomissements de calculs biliaires.

M. L. Galliard. — Dans une étnde où je me snis occupé de l'obstruction pylorique par calculs biliaires, je relate un cas de Grundzach qui se rapproche de celui rapporté par M. Hayem dans la dernière séance.

Grundzach a vu, à la consultation de Reichmann à Varsovie, une femme qui, depuis longtemps, avait des désordres gastriques et chez qui la limite inférieure de l'estomac dépassait de 5 à 6 centimètres l'ombilic, à jeun. Il n'y avait pas de tumeur. On repoussa l'hypothèse d'un cancer et l'on admit un rétrécissement cicatriciel du pylore de nature indéterminée. Or, le lavage de l'estomac ayant été pratiqué, on vit sortir quatre calculs gros comme des pois, irrégulièrement polyédriques, avec des facettes arthrodiales, composés de cholestérine, de cristaux d'acides gras et de pigment biliaire.

Œdème unilatéral droit.

M. Hanot signale quatre observations d'œdème latéral droit survenu au cours d'affections hépatiques graves (cirrhose hypertrophique et cancer). Cet œdème n'avait aucun rapport avec un décubitus latéral droit prolongé. Existe-t-il un rapport entre cet œdème prédominant à droite et l'affection du foie contatée? M. Potain, on le sait, a déjà signalé que dans les affections rénales unilatérales, il existait de l'œdème unilatéral du même côté.

Paralysie de Landry avec myélite.

MM. Ballet et **Dutil** rapportent une observation qu'ils rapprochent de celle publiée dans la dernière séance par MM. Marie et Marinesco.

Il s'agit d'un homme de 33 ans, sans antécédents pathologiques, sauf un alcoolisme invétéré. En mai dernier, il aurait eu la grippe. Le 11 juin, il est pris de courbature fébrile. Le 13, parésie des membres inférieurs, qui gagne, le 15, les membres supérieurs. Le 17, jour de l'entrée à l'hôpital, paralysie flasque des quatre membres, avec abolition totale des réflexes patellaires. Pas ou peu de troubles de la sensibilité. Pas de fièvre, un peu de céphalalgie et quelques étourdissements.

Mort dans la nuit du 17 au 18 avec phénomènes dyspnéiques et teinte cyanosée de la face.

A l'autopsie, on trouve une myélite généralisée, le bulbe lui-même est un peu touché. On constate, comme lésion dominante : 1° une vascularisation énorme de toute la moelle, surtout au niveau des cornes antérieures, vascularisation analogue à celle qu'on observe dans les myélites expérimentales à streptocoque ou à staphylocoque; 2° une périvascularite très accentuée avec des amas de leucocytes dans les gaines lymphatiques périvasculaires et en dehors. Cette périvascularite existe aussi bien autour des veines, des artères, que des capillaires. Quelquefois, la lumière du vaisseau est presque effacée par les leucocytes. Comme conséquence de ces lésions vasculaires, on trouve des lésions cellulaires bien mises en évidence par la méthode de Niessl. Les cellules nerveuses s'arrondissent, tout en conservant leur noyau. Il n'existe plus de granulations chromatophiles, le protoplasme cellulaire est trouble, sans granulations. Certaines celtules sont enfin privées de prolongements, ou bien ces prolongements présentent des cassures. Enfin, la cellule nerveuse est réduite à un petit bloc granuleux, sans noyau ni nucléole. On a trouvé également quelques lésions des racines antérieures et des nerfs périphériques et très peu de lésions musculaires (la maladie a marché trop rapidement).

On a beaucoup discuté sur la pathogénie de la maladie de Landry. On a tour à tour incriminé la myélite et la polynévrite. Celle-ci semblait l'emporter récemment (Déjerine, Fitres et Vaillard). M. Ballet fait remarquer que les examens médullaires négatifs faits antrefois avec le picrocarmin auraient peut-être donné des résultats différents avec les procédés actuels. Pour lui, il s'agit presque toujours de myélite diffuse dans la paralysie de Landry. Ces myélites, et d'une façon générale presque toutes les myélites, sont d'origine infectieuse ou toxique (cas de M. Marie).

Dans le cas de M. Ballet, les cultures de la substance nerveuse n'ont donné aucun résultat. Sur les préparations de la moelle on n'a trouvé aucun microbe. On pouvait penser à la rigueur que les microbes étaient déjà détruits ou que la myélite était due à des toxines sécrétées par des germes développés dans un autre organe, ce qui n'a pas été constaté.

L'hypothèse la plus plausible est fournie par l'état du foie dont les cellules sont en dégénérescence graisseuse très prononcée. Peut-être s'agit-il simplement d'une auto-intoxication, qui aura brusquement exercé ses effets sur la moelle, le jour où le foie a cessé d'agir et d'opposer une barrière aux produits toxiques.

M. Hayem rappelle qu'il a observé autrefois des lésions des cellules de la moelle, analogues à celles rapportées par M. Ballet, et cela avec le seul picrocarmin. Il croit à la possibilité du syndrome de Landry, sans lésion médullaire, comme il en a rapporté un cas autrefois.

M. Ballet. — Le picrocarmin ne suffit pas pour les lésions cellulaires très délicates.

J'apporterai à la Société la moelle d'un confrère américain mort dans mon service avec le diagnostic polynévrite. On a trouvé à l'examen de la moelle des lésions très délicates que le picrocarmin n'aurait pas révélées.

Emboliee pulmonaires ayant déterminé un pyopneumothorax.

M. Fernet rapporte l'observation d'une jeune fille de 20 ans, vieille cardiaque, qui eut il y a cinq mois une phlébite avec thrombose du membre supérieur gauche. Quinze jours après première embolie pulmonaire à gauche suivie de pleurésie peu abondante. On retira 3 à 400 gr. de liquide séro-sanguinolent absolument privé de microbes.

Donze jours après, douleur violente du même côté et apparition d'un pneumothorax suivi de pleurésie purulente. On trouva dans le pus des pneumocoques et quelques streptocoques.

Quelques jours après, nouvelle embolie pulmonaire à droite, et à l'auscultation petit foyer de souffle tubaire à l'angle de l'omoplate. La malade succomba et à l'autopsie on vérifia ces diverses lésions. Le foyer embolique de droite resté aseptique était en voie de résolution.

M. Fernet insiste sur ce fait que parmi les embolies les unes ont été septiques, les autres aseptiques; et sur la rareté du pneumothorax à la suite d'embolies pulmonaires.

La Société a rappelé au cours de la séance que les internes des hôpitaux en exercice et les docteurs anciens internes pouvaient lire des communications à la Société, présentées par un médecin des hôpitaux et en sa présence.

H. Méry.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 23 octobre.

Du bromhydrate d'arécoline.

M. Mouquet. — Le bromhydrate d'arécoline est un alcaloïde retiré de la noix d'arec. Son action est supérieure à celle de l'ésérine et de la pilocarpine et il répond aux mêmes indications que ces deux éléments. D'une part, il favorise le péristaltisme intestinal; de l'autre, il est éminemment sialagogue et diaphorétique. Chez les animaux, où on l'emploie à ces divers titres, il rend de grands services dans le traitement des indigestions intestinales. A cet effet, on le donne en injections hypodermiques à la dose de 0.02 centigrammes à 0.025 milligrammes.

M. Weber. — Pourquoi donc la thérapeutique humaine n'emploie-t-elle pas la noix d'arec à l'égal de la thérapeutique vétérinaire qui en retire de si grands avantages? Ne serait-ce que pour utiliser les propriétés tænicides puissantes de ce médicament qui détruit, en effet, la plupart des vers intestinaux, les thérapeutes ne devraient pas délaisser l'arécoline. L'ingestion de ce produit est très facile et elle a l'avantage immense de ne pas nécessiter, comme les autres vermifuges, l'administration d'on purgatif. On peut le prendre dans du lait ou dans du potage, et il ne laisse aucun goût désagréable.

M. Bardet. — On emploie surtout la noix d'arec comme masticatoire. Mais, en Allemagne et en Angleterre, l'arécoline est connue et utilisée comme tænifuge. Il serait préférable de l'employer en France, où elle n'est pas connue, plutôt que de donner de la noix d'arec qui est un corps brut mal défini, et partant susceptible de causer des accidents.

M. Mouquet. — Cela est d'autant plus vrai qu'à côté de l'arécoline il y a, dans la noix d'arec, un autre alcaloïde l'arécabine, qui aurait des effets toxiques.

Sur la présence du colibacille dans la bouche de l'homme sain.

MM. Grimbert et **Choquet**, sur 60 sujets examinés, ont rencontré 27 fois le colibacille qui semblerait siéger de préférence au niveau des amygdales. Ces auteurs ont fait 36 ensemencements de ce colibacille et obtenu 19 résultats positifs.

M. Pouchet fait remarquer que la présence du colibacille dans l'air ambiant est proportionnelle à certaines conditions climatériques. La pluie est, par exemple, susceptible de faire diminuer le nombre des colibacilles et même de les faire disparaître. C'est surtout dans les villes que ce microbe se rencontre et sa virulence est soumise aux plus grandes variations.

Traitement de la pneumonie grippale par le chlorhydrate de pilocarpine à haute dose.

M. Bardet lit sur ce sujet un mémoire de M. Poulet (de Plancher-les-Mines). Cet auteur, au cours d'une épidémie de grippe qui s'est manifestée, cette année, à Plancher-les-Mines, a traité systématiquement les pneumonies grippales par le chlorhydrate de pilocarpine qu'il administrait à raison de 0.05 centigrammes par jour. 108 malades ont été ainsi traités. Le traitement durait au moins deux jours, au plus trois. M. Poulet n'a eu que 4 décès.

M. Jasiewicz approuve l'emploi de ce médicament, mais il recommande de le donner avec beaucoup de prudence, surtout chez les malades atteints de grippe à forme dépressive.

M. Weber trouve un peu trop élevée la dose de chlorhydrate de pilocarpine donnée par M. Poulet. Il pense que 0.01 centigramme ou 0.02 centigrammes de ce médicament auraient produit des effets analogues.

M. Ferrand pense, comme M. Weber, qu'il faut donner le chlorhydrate de pilocarpine à faibles doses chez les grippés dont le cœur tend à faiblir. On sait, en effet, que la pilocarpine peut, en pareil cas, aggraver les accidents de collapsus cardiaque.

J. P.

ACTES DE LA FACULTÉ

DU 4 AU 9 NOVEMBRE 1895

EXAMENS DE DOCTORAT

LUNDI 4 NOVEMBRE, à 1 heure. — 2e (2e partie) : MM. Ch. Richet, Retterer, Gley. — 3e (2e partie) : MM. Fournier. Straus, Widal.

MARDI 5 NOVEMBRE, à 1 heure. — 2e Oral (1re partie) : MM. Berger, Achard, Thiéry. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité : MM. Guyon, Duplay, Hartmann. — 5e (2e partie), Charité : MM. Jaccoud, Chantemesse, Thoinot.

MERCREDI 6 NOVEMBRE, à 1 heure. — *Médecine opératoire, épreuve pratique* : MM. Terrier, Ricard, Walther.

JEUDI 7 NOVEMBRE, à 1 heure. — *Dissection, épreuve pratique* MM. Panas, Poirier, Thiéry. — 3e Oral (1re partie) : MM. Berger, Nélaton, Bonnaire.

VENDREDI 8 NOVEMBRE, à 1 heure. — 4e : MM. Pouchet, Landouzy, Netter. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Varnier, Walther.

SAMEDI 9 NOVEMBRE, à 1 heure. — 2e (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Ménétrier, Albarran. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Debove, Hutinel, Marie. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Raymond, Marfan, Achard. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique d'Accouchements, rue d'Assas : MM. Bar, Maygrier, Bonnaire.

EXAMENS DE SAGES-FEMMES

LUNDI 4 NOVEMBRE, à 1 heure. — 1re classe (Ancien régime) : MM. Reclus, Varnier, Heim.

MARDI 5 NOVEMBRE, à 1 heure. — 1re classe (Nouveau régime), Clinique d'Accouchements, rue d'Assas : MM. Bar, Maygrier, Bonnaire.

THÈSES DE DOCTORAT

MERCREDI 6 NOVEMBRE, à 1 heure. — *M. Bolognési* : Recherches cliniques, bactériologiques, histologiques et expérimentales pour servir à l'histoire de l'hérédité de la tuberculose pulmonaire : transmission de la mère à l'enfant (MM. Straus, Landouzy, Gilles de la Tourette, Wurtz). — *M. Sainz* : Les infections bronchiques chez les vieillards (MM. Straus, Landouzy, Gilles de la Tourette, Wurtz). — *M. Monbouyran* : Les tumeurs rares du naso-pharynx, étude clinique de thérapeutique (MM. Fournier, Joffroy, Gaucher, Netter). — *M. Vale* : Contribution à l'étude de quelques intoxications surajoutées à la morphinomanie; de leur traitement (MM. Joffroy, Fournier, Gaucher, Netter). — *M. Gautrelet* : Contribution à l'étude de l'accouchement dans les malformations utérines; 43 observations recueillies depuis 1893 à la clinique Baudelocque (MM. Pinard, Tillaux, Tuffier, Broca). — *M. Blondel* : De l'intervention dans la pérityphlite (MM. Tillaux, Pinard, Tuffier, Broca).

JEUDI 7 NOVEMBRE, à 1 heure. — *M. Crouzet* : La fièvre hystérique (MM. Mathias-Duval, Le Dentu, Roger, Hartmann). — *M. Desternes* : Indication et rôle du bain froid dans le traitement de l'infection puerpérale (MM. Le Dentu, Mathias-Duval, Roger, Hartmann).

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

FACULTÉ DE PARIS

Cours d'histologie.

M. le professeur Mathias Duval commencera le cours d'histologie le mardi 5 novembre 1895, à 4 heures (grand amphithéâtre), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Objet du cours. — La cellule et les tissus en général; les tissus conjonctif, cartilagineux, osseux; le système musculaire; le sang et les vaisseaux; les épithéliums et les glandes.

Cours d'anatomie.

M. le professeur Farabeuf commencera le cours d'anatomie le mercredi 6 novembre 1895, à 4 heures (grand amphithéâtre), et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

Cours de pathologie interne.

M. le professeur Dieulafoy commencera le cours de pathologie interne le jeudi 7 novembre 1895, à 3 heures (grand amphithéâtre), et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

Objet du cours. — Maladies du péritoine et des reins.

Cours de médecine légale pratique et conférences pratiques appliquées à la toxicologie.

Le cours de médecine légale pratique commencera à la Morgue le mercredi 6 novembre 1895, à deux heures de l'après-midi et se continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants à la même heure.

Les mercredis : M. le professeur Brouardel.

Les vendredis : M. le docteur Descoust, chef de laboratoire de médecine légale.

Les lundis : M. le docteur Vibert, chef du laboratoire d'anatomie pathologique.

Les conférences pratiques de physiologie, d'anatomie pathologique et de chimie appliquées à la toxicologie seront faites au laboratoire de toxicologie (caserne de la Cité, 2, quai du Marché Neuf).

Ces conférences auront lieu dans l'ordre suivant, à dater du samedi 9 novembre 1895, les mardis, jeudis et samedis.

Les jeudis à 4 heures : M. le docteur Descoust, chef du laboratoire de médecine légale.

Les mardis à 3 heures : M. le docteur Vibert, chef du laboratoire d'anatomie pathologique.

Les samedis à 3 heures : M. Ogier, docteur ès sciences, chef du laboratoire de chimie.

Seront seuls admis à suivre le cours de médecine légale pratique et les conférences, sur la présentation d'une carte spéciale qui leur sera délivrée, après inscription au secrétariat de la Faculté : 1° MM. les docteurs en médecine; 2° MM. les étudiants ayant subi le troisième examen de doctorat.

Le laboratoire de chimie (caserne de la Cité, 2, quai du Marché-Neuf), sera également ouvert aux élèves qui désireraient entreprendre des recherches personnelles sur des sujets de chimie toxicologique.

Conférences d'hygiène.

M. Netter, agrégé, commencera ces conférences le jeudi 7 novembre 1895 et les continuera les samedis, mardis et jeudis suivants à 5 heures, dans le grand amphithéâtre.

Les samedis, à partir du 16 novembre, la conférence aura lieu, à 3 heures, au laboratoire d'hygiène (école pratique).

FACULTÉS ET ÉCOLES DES DEPARTEMENTS

Faculté de Médecine de Bordeaux.

Sont nommés aides d'anatomie : MM. Laffaye et Renault; aides d'anatomie adjoints : MM. Laffitte-Dupont et Renon.

Faculté de Médecine de Montpellier.

Sont nommés chefs de clinique : MM. les docteurs Vedel (clinique médicale); Reynés (clinique chirurgicale); Montseret (clinique des maladies syphilitiques et cutanées).

Ecole de Médecine de Clermont.

Un concours s'ouvrira le 29 avril 1896 devant la Faculté de Médecine de Toulouse pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à l'Ecole de Médecine de Clermont.

Ecole de Médecine de Poitiers.

Un concours s'ouvrira le 27 avril 1896 devant la Faculté de Médecine de Bordeaux pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à l'Ecole de Médecine de Poitiers.

HOPITAUX DE PARIS

Nomination d'assistants suppléants de consultation.

Services de médecine.

Charité : M. Springer.
Lariboisière : M. Létienne.
Hôtel-Dieu : M. Triboulet.
Cochin : M. de Saint-Germain.
Pitié : M. Regnier.
Tenon : M. Pineau.
Andral : M. Soupault.

Concours de l'internat.

Voici le sujet de la composition écrite : *Nerfs de la langue; signes et diagnostic du cancer de la langue.*

Le nombre des candidats ayant déposé une copie s'élève à 282.

Conformément au règlement, le jury s'est divisé en deux sections pour entendre la lecture des copies.

Section d'anatomie : MM. Mathien, Hallopeau, Segond, Delbet, Porak.

Section de pathologie : MM. Audhoui, Sevestre, Pozzi, Rochard, Bonnaire.

Les premières séances ont été réservées aux candidats militaires ci-dessous désignés :

Épreuve écrite. — *Anatomie* : MM. Léon Sicard, 13; Merklen, 14; Gimbal, 12; Tesson, 13; Lamard, 8; Eloi, 2; Guibé, 14; Meslay, 4.

Pathologie : MM. Lamard, 10; Eloy, 9; Guibé, 14; Léon Sicard, 12; Merklen, 14; Gimbal, 6; Tesson, 12.

Épreuve orale. — MM. Gimbal, 8; Guibé, 14 1/2; Lamard, 8; Merklen, 17 1/2: Léon Sicard, 15 1/2; Tesson, 14.

Total des points : MM. Merklen, 45 1/2; Guibé, 42 1/2; Léon Sicard, 40 1/2; Tesson, 39; Gimbal, 26; Lamard, 26.

Le concours se continue par la lecture des copies des candidats non militaires.

Anatomie : MM. Méuier, 12; Cochemé, 12; Herrenschmidt, 12; Delestre, 11; Guilbaud, 10; Maurice Millet, 15; O'Followell, 7; Wéher, 10; Clamouse, 10; Cugnin, 6; Simon Grosjean, 12.

Pathologie : La première séance de lecture a eu lien mercredi 30 octobre, à neuf heures et demie, à l'Hôtel Dieu. MM. Perrée, 9; Rellay, 10; Petit, 10; Montbus, 14; Renaut, 11; Leven, 11; Michaux, 15; Latruffe, 9.

Concours de l'externat.

L'ouverture du concours de l'externat a eu lieu lundi 28 octobre. Les premières séances ont été exclusivement réservées aux candidats militaires.

Conformément au règlement, le jury s'est dédoublé en deux sections chargées, l'une de juger l'épreuve d'anatomie et l'autre l'épreuve de pathologie.

Section d'anatomie : MM. Dalché, Morel-Lavallée, Faure, Legueu.

Section de pathologie : MM. Wurtz, Guinon, Sebileau, Lepage.

Anatomie (Extrémité inférieure des os de l'avant-bras) : MM. Jean Monod, 15; Sébilleau, 10; Pernet, 11; Lebreton, 10; Meret, 14; Jeannin, 15; Larré, 5; Paul Martin, 7; Masson, 11; Loin, 17; Mathieu, 11; Saison, 13; Viteman, 17; Bleynie, 13; Edmond Bloch, 12; Tardif-Bardinet, 14; Mettey, 11.

Séance, mercredi 30 octobre, à 4 heures 45.

Pathologie (Comment il faut pratiquer l'autopsie des organes du cou et du thorax ?) : MM. Compain, 13; Collinot, 5; Haret, 14; Forné, 12; Guiard, 6; Fabre, 4; Coittier, 9; Grandjean, 10; Mettey, 15; Viteman, 14; Saison, 16; Hallopeau, 16; Benoit, 17; Bleynie, 14; Tardif-Bardinet, 15; Bosvieux, 18; Papillon, 9; Vernet, 16.

Concours de médecine.

La séance de composition écrite du concours qui doit s'ouvrir le lundi 18 novembre prochain pour la nomination à trois places de médecin des hôpitaux, qui avait été primitivement fixée à neuf heures du matin, est reculée à midi.

Cette séance aura lieu, en conséquence, le lundi 18 novembre à midi, dans l'amphithéâtre de l'administration centrale, avenue Victoria, 3.

NOTES POUR L'INTERNAT

SYMPTOMATOLOGIE DU TABES

(Suite et fin.)

VI. Troubles viscéraux.

A. Troubles vésicaux.

Les plus importants et les plus malaisés souvent à rapporter à leur véritable cause, ce sont les tabétiques génito-urinaires, « les faux urinaires de Guyon ».

1° Tabétiques urinaires.

Plusieurs types :

1° Le rétentionniste partiel. — Emission lente à se produire; nécessité de pousser; émission en plusieurs actes; longue durée de l'émission totale.

2° L'accroupi. — Celui qui ne peut pisser que dans cette attitude.

3° *L'incontinent partiel.* — Soit en debors de toute miction, soit à la fin de la miction, un léger filet d'urine s'échappe involontairement.

4° *L'anesthésique uréthral.* — Est obligé de se regarder ou de se tâter pour savoir s'il a fini d'uriner.

5° *L'anesthésique vésical.* — Ne sent plus le besoin de vider sa vessie; est obligé de pousser et d'uriner par raison à des heures déterminées.

2° Tabétiques génitaux.

Plusieurs types également :

Le priapique. — Erétbisme vénérien; érections fréquentes, mais énervantes et fatigantes le plus souvent, parfois non utilisables.

Le hâtif. — L'éjaculation arrive avant même la moindre tentative d'intromission.

L'indifférent. — L'érection est suffisante, mais le sentiment voluptueux du coït est aboli.

L'impuissant. — Succède le plus souvent au priapique; frigidité absolue; inappétence sexuelle complète.

Chez la femme, *crises clitoridiennes* à signaler.

A côté des troubles vésicaux, les troubles viscéraux proprement dits, qui peuvent porter soit sur :

L'appareil *respiratoire* ;
— *cardiaque* ;
— *digestif.*

1° Appareil respiratoire.

Accidents laryngés qui peuvent se ranger sous plusieurs types.

A. Paralysies laryngées.

Portant surtout sur le crico-aryténoïdien-postérieur, dilatateur essentiel de la glotte, d'où phénomènes vocaux (raucité de la voix, dysphonie, aphonie); d'où phénomènes respiratoires (cornage, dyspnée, apnée).

B. Toux spasmodique.

Brusque, impérieuse, irrésistible, parfois coqueluchoïde « coqueluche tabétique » de Fournier.

C. Crises de suffocation.

Tantôt précédées de sensations de chatouillement, de brûlure, faisant place à des inspirations saccadées, spasmodiques, convulsives.

Tantôt, au contraire, subites, donnant d'emblée naissance au stade clinique terrifiant de l'ictus laryngé (spasme d'apnée sidérante, apoplectiforme).

Tous ces accidents constituent le « laryngisme tabétique » de Charcot, évoluant par crises, se jugeant spontanément, entraînant très rarement la mort, pouvant cependant nécessiter la trachéotomie.

2° Appareil cardiaque.

Palpitations, phénomènes d'angor pectoris, d'insuffisance aortique, pouvant reconnaître deux interprétations :

1° Peut être sous la dépendance du tabes lui-même : névrite du pneumogastrique, mal perforant aortique.

2° Plus vraisemblablement, lésions d'ordre syphilitique, le tabes étant presque toujours, sinon toujours, syphilitique.

3° Appareil digestif.

1° Estomac.

C'est le groupe des gastropathies tabétiques, où là encore nous retrouvons ce caractère de crises et ce retour spontané à l'intégrité de la fonction aussitôt l'accès terminé.

α *Accès de gastralgie.* — Douleurs seules, mais douleurs « crampoïdes » (Fournier), aiguës, atroces.

β *Vomissements.* — Vomissements incoercibles, intolérance absolue de l'estomac pour tout aliment, boisson ou remède. Rejet d'un liquide souvent clair, muqueux, dont l'analyse semble avoir démontré une hypersécrétion avec hyperacidité temporaire du suc gastrique (Sahli, Rosenthal, Hoffmann).

γ *La grande crise gastrique.* — Où douleurs s'unissent aux vomissements, véritable scène de tortures : hoquets, éructations, spasmes, contractures musculaires, sensations atroces de broiement, de morsures intérieures, avec altération effrayante de la physionomie, et postures les plus diverses prises par les malades pour essayer de calmer leur angoisse.

2° Intestin.

Comme troubles intestinaux: diarrhée signalée, intermittente ou continue, souvent indolente, sans réaction importante sur l'état général, aucunement modifiée par la thérapeutique.

3° Rectum.

A rapprocher des troubles vésicaux: ténesme ano-rectal, ou incontinence partielle des matières fécales par suite de l'anesthésie de la muqueuse.

Sensation anormale de plénitude rectale, de corps étranger, quelquefois accompagnée de douleurs atroces, de crises rectales éveillant chez les malades l'idée de tumeur cancéreuse.

VII. Troubles psychiques.

Affaiblissement de la mémoire, asthénie intellectuelle, conceptions difficiles, faculté d'attention diminuée constituent un chapitre, encore à l'étude, car il est bien difficile de faire la véritable part :

Des troubles dus au moral lui-même du malade, qui se frappe et à juste raison d'une maladie qu'il sent incurable;

De ceux résultant de l'abus des injections de morphine (Raymond).

De ceux dus à une association de névrose; goître exophtalmique (Barié-Joffroy); hystérie; épilepsie :

De ceux enfin dus à la paralysie générale progressive (Nageotte).

Les moindres troubles cérébraux chez les diabétiques doivent être mis le plus souvent sur le compte de la paralysie générale progressive (Raymond).

Paralysie générale progressive qui peut précéder le tabes, évoluer avec lui, mais qui lui succède le plus souvent; à tel point que quelques auteurs ont voulu la considérer comme la quatrième et dernière période du tabes.

Evolution.

Rien, du reste, de plus variable que cette évolution de ces trois périodes que l'on a voulu rendre classiques.

La durée du tabes ne peut se fixer : cinq, dix, quinze, trente ans et même davantage pouvant être entrecoupés de périodes de rémissions plus ou moins longues.

A signaler dans le tabes cervical : arrêt souvent noté de la maladie, après amaurose.

Si donc, on peut entrer dans le tabes de façon bien différentes, si on peut y évoluer durant un cycle mal défini, le pronostic final n'en reste pas moins très sombre : la cachexie, la tendance consomptive, la tuberculose guettent le malade, quand la paralysie générale progressive ne vient pas hâter sa fin. Aussi, est-il important de poser le diagnostic dès le début et, parmi tous les symptômes énumérés, retenons ces deux questions que Charcot ne manquait jamais d'adresser à tout individu supposé tabétique :

Comment voyez-vous ?

Comment pissez-vous ?

et avec Fournier et Raymond, cette troisième question :

Quand avez-vous eu votre chancre? Ath. S.

Le Directeur-Gérant : F. de Ranse.

Société nouvelle de l'Imprimerie Schiller (en formation). — Bourgeois.
Paris. — 10, rue du Faubourg-Montmartre.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : Dr F. de RANSE — *Rédacteur en chef :* Dr Pierre SEBILEAU

Secrétaire de la Rédaction : M. Em. EMERY

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 28, rue Vignon

CLINIQUE MÉDICALE

Un fait de pneumothorax sous-phrénique double lié à la présence d'une péritonite tuberculeuse généralisée.

Les observations de pneumothorax sous-diaphragmatique sont assez rares pour qu'il y ait lieu de recueillir avec soin celles que les hasards de la clinique nous donnent occasion de rencontrer. C'est à ce titre que nous croyons devoir rapporter celle que l'on va lire, et dont nous devons la relation fidèle à l'obligeance de M. Macrez, interne du service. Les faits de ce genre sont presque tous des surprises d'autopsie ; dès lors, rien d'étonnant que, pendant la vie, l'examen du malade pèche par quelques particularités de détail, ce qui, naturellement, ôte un peu de leur rigueur à certaines conclusions. Sous ce rapport, la plupart des observations publiées peuvent aussi donner prise à la critique.

Observation. — Le nommé Bl... Pr..., âgé de 58 ans, entre à l'hôpital de la Pitié, service du Dr Muselier, salle Rayer, no 37, le 29 juin 1895. Cet homme, qui exerce la profession de garçon d'hôtel, a travaillé jusqu'au mois de mai. A cette époque, il a souffert de douleurs abdominales, pour lesquelles il a été soigné à l'hôpital Cochin, d'où il est sorti pour aller à Vincennes.

C'est en revenant de la maison de convalescence qu'il vient nous consulter, se sentant faible et souffrant toujours du ventre. C'est un homme d'assez haute taille, aux cheveux et à la barbe de couleur rousse, au facies visiblement amaigri. Dans son lit, il emprunte souvent le décubitus latéral droit et dort toujours de ce côté. Il répond très nettement aux questions qu'on lui pose.

Pas d'antécédents héréditaires appréciables. Un seul antécédent pathologique personnel : un érysipèle en 1884. Ne tousse pas habituellement. Aucune tare alcoolique ou syphilitique appréciable.

La maladie actuelle semble dater de cinq mois. Depuis cette date, Bl... souffre de douleurs sourdes dans l'abdomen. Trois semaines avant son entrée, il aurait ressenti un peu de fièvre, ainsi qu'un point de côté à gauche. Ni toux habituelle, ni expectoration.

L'examen de la poitrine ne donne tout d'abord que des résultats négatifs. Extérieurement, on ne constate ni voussure localisée ni immobilité des côtes pendant la respiration. Cependant il y a de la matité à la base gauche avec absence des vibrations thoraciques. A ce niveau, on entend le souffle doux, lointain et voilé de la pleurésie : on constate aussi de l'égophonie et de la pectoriloquie aphone.

Du côté droit, quelques râles seulement vers la moitié inférieure du poumon.

La pointe du cœur bat au niveau du bord gauche du sternum. Les bruits cardiaques sont normaux.

La zône de Traube est mate à la percussion et de plus la rate paraît très augmentée de volume. Au niveau de la région hépatique, la matité commence à un travers de doigt au-dessous du mamelon et s'étend jusqu'aux fausses côtes. Le foie ne déborde pas la ceinture. L'examen des urines n'y décèle rien d'anormal.

Les signes constatés imposent à peu près le diagnostic de pleurésie, avec épanchement assez considérable, bien que difficile à évaluer d'une manière précise. Le début de cette pleurésie remonterait à trois semaines environ. En plus, on note les phénomènes suivants :

Pas de fièvre.

Amaigrissement considérable (17 kilos en 5 mois).

Coloration jaune paille des téguments, qui ont perdu leur souplesse et présentent une flaccidité accentuée.

Dégoût pour la viande et anorexie. Les parois abdominales sont légèrement tendues, mais le ventre ne paraît pas notablement développé. Nulle trace de circulation vei-

neuse supplémentaire. Pas de matité appréciable à la percussion. La palpation provoque une douleur très vive dans l'hypochondre où l'on perçoit une rénitence profonde, à contours mal délimités, qui semble s'étendre et se perdre dans le flanc gauche.

Rien de pareil du côté droit, on n'y constate ni douleur, ni induration.

Quelques ganglions volumineux mais indolents, au niveau des régions inguinales. On ne trouve aucune trace d'adénopathie à l'examen des régions sus-claviculaires.

Ces diverses constatations conduisent à l'idée d'un cancer viscéral, dont le siège serait mal déterminé. L'interrogatoire, que nous instituons dans cet ordre d'idées, nous apprend qu'il n'y a ni vomissements, ni hématémèses; mais il y a des alternatives de diarrhée et de constipation. La langue est nette, sans enduit appréciable.

Quelques jours après l'entrée du malade, on pratique une thoracentèse qui donne issue à 250 grammes de liquide citrin. Après la ponction, la pointe du cœur reste au niveau du bord droit du sternum. La matité persiste en arrière, s'étendant très bas vers la région lombaire et éveillant l'idée d'une rate hypertrophiée que la palpation ne permet pourtant pas de reconnaître.

La ponction a été faite le 1er juillet: depuis ce moment, aucun changement n'est survenu dans l'état du malade. Les signes physiques restent les mêmes: matité à la base droite, submatité à la base gauche, respiration pénible par moments, murmure respiratoire affaibli, quelque râles secs et quelques frottements.

L'attention se concentre toujours vers l'abdomen, où l'on pressent l'existence d'une lésion dont il est cependant impossible de déterminer le siège exact et la nature. Néanmoins, la sensation de rénitence profonde se précise, et on soupçonne l'existence d'une néoplasie au niveau de la grande courbure de l'estomac ou de l'angle gauche du côlon avec extension du côté de la rate. D'ailleurs, la palpation est très douloureuse et ne permet guère un examen prolongé. Tout ce que l'on constate, en plus de la rénitence indiquée, c'est un peu de tympanisme sur la ligne médiane, au-dessus de l'ombilic, et de la matité de chaque côté. La cachexie s'accentue d'ailleurs de jour en jour, mais il n'y a ni fièvre ni œdème.

A partir du 10 août, le malade refuse de manger, il affirme que les aliments ne passent plus. Les solides et même les liquides semblent, d'après ses déclarations, s'arrêter vers le milieu de la poitrine. Comme cette sensation est survenue brusquement et ne persiste pas, on pense à un spasme de l'œsophage. Les lavements nutritifs sont rejetés immédiatement. On parvient avec peine à faire prendre au malade un peu de viande et un peu de lait.

Le 15 août, délire.

Le 18 août, mort.

Examen nécroscopique. — L'autopsie a lieu 26 heures après le décès. Par une circonstance toute fortuite, c'est la cavité abdominale que l'on examine en premier lieu. Toute la paroi antérieure de cette cavité se détache mal des parties sous-jacentes. Il faut séparer à coups de scalpel le grand épiploon du péritoine pariétal, notamment au niveau et au-dessous des fausses côtes, à droite et à gauche. Pour rendre plus facile cette sorte de sculpture, on fait une incision en croix partant de l'ombilic, puis on sépare les deux plans avec soin en évitant tout effort de traction. La paroi abdominale se trouve ainsi divisée en quatre lambeaux que l'on récline. On se trouve alors en présence d'un spectacle inattendu.

Toutes les anses de l'intestin grêle, qui est d'ailleurs d'un volume normal et non distendu par les gaz, se trouvent soudées les unes aux autres et de ce plastron artificiel partent des tractus fibreux qui vont s'attacher aux parois. Leur surface est uniformément couverte de dépôts blanchâtres, caséeux, semblables à des grumeaux de lait caillé. Dans les interstices de ceux-ci, on voit un autre dépôt brunâtre.

Des surfaces ainsi découvertes se dégage une odeur extrêmement fétide. Quant à la partie inférieure de l'abdomen et aux organes du bassin, ils paraissent n'avoir que des adhérences avec les parties voisines. C'est à la partie supérieure que se rencontrent les principales lésions.

Au niveau de l'épigastre, il existe une saillie oblique de haut en bas et de gauche à droite, rappelant assez la forme d'un estomac distendu. Les parois abdominales écartées, on constate avec étonnement l'existence, au niveau des deux hypochondres, de deux vastes excavations en forme de puits, qui s'élèvent jusqu'au niveau de la quatrième côte. Ces excavations occupent la place du foie et de la rate. Vues de l'extrémité de la table d'autopsie, elles paraissent de dimensions un peu inégales, la gauche semblant plus spacieuse que la droite. Elles sont coniques, à sommet supérieur, et leur cavité renferme une matière infecte, semblable à celle qui tapisse la surface de l'intestin grêle. A la partie déclive, c'est-à-dire en dehors et en arrière, on trouve un liquide d'aspect sale et peu abondant (2 cuillerées à soupe environ). Le reste de la cavité est occupé par des gaz d'une extrême fétidité.

Pour reconnaître la constitution des parois de ces poches, on est obligé de racler le pus concrété sur ces parois en une couche d'un demi-centimètre d'épaisseur environ. On constate, au cours de cette manœuvre, que le diaphragme est intact, non perforé, qu'il est seulement refoulé en haut. Au niveau de l'hypochondre droit, ces parois sont formées en dehors et en haut, par la face inférieure du diaphragme; en dedans, par la grosse extrémité du foie qui a subi un mouvement de bascule en avant, de telle sorte que sa face supérieure est devenue antérieure, et qu'il est lui-même refoulé fortement en bas et à gauche, au point d'être invisible à l'ouverture du cadavre, sa grosse extrémité arrivant au bord droit de la colonne vertébrale.

La deuxième cavité, située dans l'hypochondre gauche, a pour paroi interne la petite extrémité du foie. Le diaphragme en forme la paroi supérieure. La rate, aplatie, comme passée au laminoir, est appliquée étroitement sur les fausses côtes en arrière et atteint presque la colonne vertébrale. Il faut une recherche minutieuse pour la trouver.

Les deux cavités droite et gauche sont séparées sur la ligne médiane par une voussure qui rappelle un estomac distendu. Mais celui-ci est refoulé en arrière, le long de la colonne vertébrale et la voussure n'est autre qu'une portion d'intestin distendu. Celle-ci réclinée en avant, on voit que les deux cavités communiquent entre elles.

Quant à la paroi inférieure de ces cavités, elle est formée par les adhérences du péritoine pariétal au péritoine vis-

céral, et ces adhérences, en masquant de chaque côté une partie du côlon, donnent à celui-ci l'aspect de l'estomac.

Recherchant ensuite l'état des organes voisins pour déterminer la cause de ce pneumothorax sous-phrénique, nous constatons ce qui suit :

Le foie ne présente aucune altération visible, mais la capsule de Glisson est très épaissie, surtout à sa partie supérieure, et d'aspect grisâtre, parsemée de petites granulations. La vésicule et les conduits biliaires sont intacts.

La rate, modifiée dans sa forme et non dans son volume, n'est pas altérée non plus. Sa capsule d'enveloppe est aussi épaissie et rendue grisâtre par le pus concrété à sa surface.

L'estomac est indemne de toute lésion. Pas de traces d'ulcération ou de perforation. De même pour l'intestin qui, dégagé de ses adhérences, paraît absolument sain. On a oublié d'examiner l'appendice iléo-cæcal, mais cet oubli s'explique par le fait que le malade ne s'est jamais plaint de ce côté. Du reste, sur le cadavre, la fosse iliaque ne présente rien d'anormal, on n'y trouve aucun foyer de suppuration. Reins normaux.

En résumé, pas d'ulcération ni de perforation sur tout le trajet du tube digestif. Ajoutons que les parois de l'intestin sont recouvertes, surtout au niveau du côlon descendant, d'un semis de petits points tuberculeux. Il y a aussi de gros tubercules caséifiés qu'il est facile d'énucléer. Enfin quelques ganglions du mésentère sont aussi jaunâtres et caséifiés. Nous sommes évidemment en présence d'une péritonite tuberculeuse à forme fibreuse.

C'est à cette dernière lésion que l'on doit rapporter l'origine du pneumotorax sous-diaphragmatique, car il n'y a aucune lésion de l'œsophage, aucune lésion osseuse costale ou vertébrale. Les poumons sont d'ailleurs adhérents aux deux bases, circonstance qui indique une pleurésie double et confirme l'existence de la péritonite tuberculeuse. La plèvre costale présente aussi un semis très abondant de granulations tuberculeuses. D'ailleurs, la surface des poumons est normale, *sans trace de perforation*. Il n'y a pas de traces de tuberculose pulmonaire ni d'adénopathie tuberculeuse au niveau des médiastins. Le cœur est légèrement déplacé, la pointe est au niveau du bord gauche du sternum. Les cavités droite et gauche sont normales.

En condensant les détails de cette longue observation, nous voyons qu'il s'agit bien d'un pyo-pneumothorax sous-phrénique, c'est-à-dire d'une cavité occupée à la fois par des liquides et des gaz, et située immédiatement au-dessous du diaphragme qui en forme nettement la paroi supérieure. Cette lésion est évidemment liée à la présence d'une péritonite tuberculeuse généralisée, à forme fibreuse. Pour en expliquer la formation, et notamment pour rendre compte de la présence des gaz, on ne peut guère admettre que deux hypothèses :

1° Les gaz se sont développés par fermentation et décomposition putride dans une cavité préexistante formée à la partie supérieure de l'abdomen, cavité dans laquelle du pus s'est collecté par suite de la participation de la péri-hépatite et de la péri-splénite de voisinage. Mais ce mécanisme est peu probable, étant donnée cette remarque que les gaz ne se forment guère spontanément dans les espaces clos et les cavités virtuelles, exception faite pour le tube digestif, où les fermentations sont un phénomène normal.

2° Une ulcération, une fissure a existé qui a permis l'issue du gaz intestinal et s'est oblitérée ultérieurement. Cette hypothèse est la plus plausible, bien que les recherches relatives à l'existence de cette ulcération ou de cette cicatrice soient restées négatives.

En tous cas en peut incriminer, comme cause première, la tuberculose péritonéale, et on doit admettre que la lésion a eu une évolution lente et de longue durée, comme l'indiquent, d'une part l'épaissenr de la couche de pus concrété à la surface de la cavité, et d'autre part le déplacement considérable des organes voisins.

Il ne nous paraît pas inutile de commenter par quelques réflexions les particularités de l'observation qui précède. Comme nous l'avons dit, les faits de pneumothorax sous-phrénique sont rares, et ceux que l'on rencontre de temps à autre se prêtent tous à des considérations intéressantes. D'abord, on sait maintenant que les causes susceptibles de provoquer ce genre de lésion peuvent être nombreuses et diverses, ce qui exclut naturellement à son égard tout essai d'interprétation uniforme. Cette remarque avait déjà frappé Vanlair (1) qui, après avoir relaté tout au long un cas de collection gazeuse sous-diaphragmatique consécutive à une perforation du tube digestif, chez un enfant de six ans, insiste sur les difficultés d'interprétation qui s'y rattachent et se croit autorisé à refuser à cette maladie toute prétention au qualificatif d'entité morbide. On ne peut qu'adhérer à cette manière de voir, mais alors pourquoi d'autres ont-ils cru devoir donner à cette maladie le nom de *maladie de Leyden*, dénomination qui ne consacre pas seulement un droit de priorité, mais qui sans doute est aussi l'affirmation d'une individualité morbide très spéciale? En réalité, il s'agit d'une infection de l'espace sous-diaphragmatique, infection qui peut se produire par des mécanismes très divers dont le résultat est néanmoins assez uniforme, puisqu'il se traduit dans tous les cas par le développement d'une collection purulente associée à la présence de gaz en quantité variable. Leyden (2) dit que ces abcès sont toujours la conséquence d'une péritonite par perforation produite elle-même par l'issue des gaz: des adhérences préalables s'opposent à ce que le pus s'épanche au loin dans l'abdomen. Cette interprétation est contestable, et il est probable que l'auteur ne la soutiendrait plus aujourd'hui, étant donné le progrès de nos connaissances quant au mécanisme de l'infection, considéré d'une manière générale. En tous cas, on ne saurait l'appliquer à notre malade, puisque l'autopsie a permis de constater l'absence de toute ulcération ou perforation susceptible de donner passage au contenu liquide et gazeux du tube digestif.

En réalité, l'étiologie des abcès sous-diaphragmatiques est très complexe. Grandsire, qui les a étudiés dans sa thèse, principalement dans leurs rapports avec les lésions gastro-intestinales, invoque successivement les kystes hydatiques, les abcès du foie, la cholécystite suppurée, les lésions suppuratives de la rate et des reins, l'ulcère de l'estomac avec perforation (très fréquent) et enfin les foyers

(1) *Revue de Médecine*, 1893.
(2) *Revue de Hayem*, 1880.

de péritonite tuberculeuse. Cette dernière circonstance étiologique nous intéresse particulièrement, étant données les constatations de l'autopsie chez notre malade. Elle a été envisagée isolément dans un autre travail, celui de Reverseau, qui a pris pour sujet : *les pyo-périhépatites tuberculeuses*. Reverseau dit que le contenu de ces collections sous-diaphragmatiques est le résultat de la caséification de masses tuberculeuses le plus souvent intra-hépatiques. Le bacille de Koch est donc l'agent principal de ces abcès : d'autres microorganismes peuvent lui adjoindre leur action, notamment le coli-bacille, bien qu'il ne soit pas toujours possible de faire la part de ce dernier, à cause de la possibilité d'une contamination *post mortem*. L'auteur ajoute que ce sont des affections rares, qui se voient surtout chez l'enfant. On ne peut faire de ces données qu'une application relative à notre cas. En effet, nous avons vu que le parenchyme hépatique était sain, que seule sa capsule d'enveloppe était infiltrée et épaissie. On ne saurait donc incriminer ici la tuberculose du foie : celle du péritoine, si évidente et généralisée, suffit à expliquer les désordres produits. Nous avouons, d'ailleurs, que l'examen bactériologique n'ayant pas été fait, il est impossible de dire si plusieurs espèces microbiennes se trouvaient associées pour la formation de l'abcès. C'est là une lacune assurément regrettable, au point de vue de la précision que l'on exige aujourd'hui des documents pathologiques. Nous ne pouvons qu'insister sur la présence des tubercules péritonéaux, et proclamer le rôle primordial que nous leur attribuons, sans chercher à préciser leur mode d'action dans ce cas particulier.

Il y a, du reste, dans l'histoire de ces abcès, plusieurs points intéressants que la relation de notre cas soulève incidemment. Il y a d'abord la question du siège, au sujet de laquelle on peut établir certaines distinctions. Cossy (1) reconnaît deux cas principaux, suivant qu'il y a perforation du diaphragme, ou que cette perforation fait défaut. Dans la première éventualité, la cavité gazeuse s'étend au-dessus du muscle phrénique, et alors la plèvre peut être traversée ou simplement décollée. Dans la seconde, l'épanchement gazeux se localise tout entier au-dessous du diaphragme. Il est vrai que Cossy avait en vue spécialement les pneumothorax engendrés par des gaz provenant du tube digestif, et cette préoccupation un peu exclusive l'a conduit à des considérations qui ne sont pas toutes applicables à notre observation. Il en est cependant dont nous pouvons faire notre profit, celles qui ont trait aux caractères cliniques de ces collections sous-phréniques, et aux difficultés que leur diagnostic impose. Ici, l'auteur est d'accord avec la plupart des autres pathologistes pour dire que ce diagnostic est le plus souvent malaisé, obscur, et qu'il reste trop souvent incomplet, surtout au début. Dans nombre de cas, les phénomènes bruyants, qui pourraient mettre sur la voie du diagnostic, font défaut. Cette remarque s'applique surtout à la période initiale, que Grandsire (2) appelle phase abdominale, par opposition avec la deuxième, nommée par lui phase confirmée. Et, même dans cette dernière, nombre de signes peuvent manquer parmi ceux qui sont propres au pneumothorax thoracique : la succussion hippocratique, le bruit d'airain, le retentissement métallique de la voix.... On ne constate pas non plus la dyspnée soudaine du pneumothorax thoracique, et c'est là, au dire de Cossy, un précieux moyen de diagnostic différentiel. Tous ces phénomènes ont fait défaut, en effet, chez notre malade. Seule, la pleurésie concomitante s'est révélée avec ses signes propres, plus bruyants, laissant dans l'ombre le foyer abdominal voisin, dont l'existence n'a pu être décelée que par l'autopsie.

Cette difficulté diagnostique peut expliquer la sévérité du pronostic, lequel est fort grave, au dire des auteurs, surtout si la maladie est abandonnée à elle-même. L'hecticité progressive, la résorption purulente revendiquent la part principale dans cette gravité. Il y a des cas relativement heureux, ceux où la collection purulente et gazeuse, jusque-là plus ou moins méconnue, s'ouvre dans un organe voisin ou à l'extérieur, car cette solution conduit à une intervention opératoire qui peut encore être fort utile au malade.

Chez celui qui fait le sujet de notre observation, il est probable qu'une large ouverture de la cavité sous-diaphragmatique, avec lavage détersif et antiseptique, eût amélioré la situation, mais non sauvé le patient qui, en tout état de cause, était destiné à mourir de sa péritonite tuberculeuse. Toutefois, une pareille intervention eût été beaucoup plus indiquée si l'abcès avait été le résultat d'une simple infection locale, comme celle que peut produire une perforation de voisinage. Dans ce dernier cas, elle eût été sans doute curatrice, surtout secondée par une antisepsie large et rigoureuse. A ce point de vue, la constatation des lésions tuberculeuses concomitantes était en quelque sorte la justification posthume de l'inertie thérapeutique à laquelle nous nous étions résigné, comme nous étant imposée par l'incertitude du diagnostic : elles suffisaient à atténuer les regrets que nous avions pu concevoir momentanément de cette inertie. C'est la véritable conclusion pratique à tirer d'une observation qui a pour principal mérite sa rareté.

P. MUSELIER.

REVUE D'HYGIÈNE

La prophylaxie des accidents paludiques.

Le Dr Henrot a saisi l'Académie de médecine d'une proposition qui l'a un peu surprise ; elle a nommé une commission pour prendre le temps de la réflexion et se préparer à formuler un avis. La proposition était bien de nature à rendre hésitant ; notre confrère demandait qu'on fît porter un masque respirateur à nos soldats de Madagascar pour les empêcher de contracter la fièvre et de succomber en grand nombre aux accidents du paludisme. Nos confrères de l'armée, MM. Laveran, Vallin, avec l'autorité qui s'attache à leurs personnes et à leur expérience spéciale ont combattu la proposition. Le masque leur semble impraticable, parce qu'il rendrait le petit troupier français un tantinet ridicule, et le soldat sous les armes ne doit jamais être grotesque ; c'est une question de sentiment qui ne se discute pas, dit M. Vallin.

Cela est très vrai. La question n'est pas toute là, bien entendu, et, à la rigueur, on passerait sur le côté esthétique de la proposition si l'on était bien sûr du résultat ; mais, dit-on, on n'en est encore qu'aux hypothèses en fait d'étiologie du paludisme et M. Laveran lui-même ne paraît

(1) *Archives générales de Médecine*, 1879.
(2) GRANDSIRE : Th. de Paris, 1895.

pas vouloir se prononcer entre les diverses voies d'accès du germe morbide qu'il a si complètement étudié.

Dès lors et en raison même de cette indécision, pourquoi la proposition du Dr Henrot apparaîtrait-elle comme irrationnelle? Beaucoup de médecins, et, parmi eux, il y a certainement des académiciens, pour ne citer que M. Hallopeau, pensent que la muqueuse pulmonaire est la principale, sinon la seule, voie d'accès; la prophylaxie qui s'impose, c'est donc de ne pas laisser arriver jusqu'à cette porte fragile l'air chargé de ses miasmes: donc la prophylaxie, c'est le masque. Tout cela est logique et on peut légitimement penser qu'il y a là matière à application utile, ou même, si on doute, matière à expérience.

Cette expérimentation, disent nos confrères militaires, n'est pas à faire dans l'armée; je ne demeure pas convaincu par les raisons qui en ont été données. D'abord, il est vraisemblable que notre ami Henrot ne demande pas, si peu versé qu'il puisse être dans les choses de la guerre, que toute une armée en bataille s'en aille au feu avec le masque sur la bouche; il n'y songe assurément pas.

Mais, en dehors des combattants, il y a, dans les expéditions de cette nature, les travailleurs; tels les hommes du génie qui ont fait les routes et dont les compagnies plus que les autres ont été décimées.

Je ne saisis pas bien, je l'avoue, la différence qu'il y a entre un travailleur civil ou militaire, quand il s'agit de terrassements, de construction de routes, etc. Le docteur Colin, inspecteur général, qui donnait au nom de l'Académie de si judicieux conseils aux ouvriers employés aux terrassements à propos du canal de Tancarville, pourrait-il déclarer que de pareils conseils sont inapplicables à des militaires occupés aux mêmes travaux? Les hygiénistes ne cherchent-ils pas sans cesse les moyens de rendre le travail, quel qu'il soit, inoffensif? Or, c'est de travail qu'il s'agit et non de combat. Je ne vois donc pas la raison qui pourrait faire exclure un procédé prophylactique rationnellement bon et qui, pratiquement, paraît excellent à en juger par l'exemple du docteur Nonat, à Calcutta.

Il ne reste plus que l'objection tirée du masque lui-même, et, sur ce point, M. Vallin a parfaitement raison. Jusqu'ici les masques ont été mal accueillis des ouvriers, tout comme les lunettes protectrices. Cette répugnance, nous le savons tous, était justifiée par l'imperfection des appareils. Pesants, gênants, étouffants, on les rejetait. Mais ce n'est là qu'une objection secondaire. Le Dr Henrot a parlé, il est vrai, dans sa communication de celui qu'il a inventé et expérimenté, mais au besoin il abandonnerait volontiers le sien si on lui en présentait un plus avantageux, plus portatif; la décision à prendre ne porte pas sur le choix de tel ou tel appareil.

Il se pourrait même que, parmi les récentes inventions de ce genre, on en trouve une absolument acceptable et dont l'expérience ait consacré les avantages. Le Dr Detourbe en a présenté dernièrement un à la Société de médecine publique qui semble bien compris et que les ouvriers, assure-t-on, acceptent très volontiers. Pourquoi, dès lors, n'expérimenterait-on pas un masque de cette nature? Pourquoi n'ajouterait-on pas ce moyen prophylactique à tous ceux fort sagement conseillés pour lutter contre l'infection paludique? C'est en somme à cette question que peut se résumer la proposition du Dr Henrot, et elle ne nous paraît pas le moins du monde subversive et contraire au respect que nous avons de l'armée. N'a-t-on pas pour nos soldats coloniaux modifié le vêtement, la coiffure? On devrait aller plus loin et il nous paraît improbable que l'Académie repousse une expérience de cette nature qui pourrait avoir de sérieux avantages, non pas seulement pour nos braves soldats, mais encore pour tous ceux qui ont, dans les terrains marécageux, à remuer le sol et à lutter contre les miasmes qui s'en exhalent.

Dr G. DROUINEAU.

LES LIVRES

Précis de pathologie générale

Par le Dr LUDOLF KREHL.

On a souvent reproché aux traités de pathologie générale de manquer aux promesses de leur titre, de rester en dehors du sujet en substituant l'étude des généralités de la pathologie à la pathologie générale proprement dite, telle qu'on doit la comprendre et l'enseigner. Ce reproche vise surtout les ouvrages anciens, ceux qui représentent les idées d'une époque où la médecine n'était encore qu'une science d'observation pure, dépourvue de ce puissant moyen de contrôle qui s'appelle l'expérimentation. Les ouvrages similaires modernes y échappent de plus en plus, à mesure que se complète la connaissance des lésions fondamentales et des altérations des divers systèmes organiques, c'est-à-dire à mesure que nous pénétrons mieux dans le mécanisme de ce que l'on est convenu d'appeler les grands processus morbides. Déjà l'on peut prévoir qu'un jour viendra, encore bien éloigné cependant, où nos descendants pourront apprendre la médecine sans peine ni fatigue, car elle se résumera en un certain nombre de notions de compréhension simple qui s'adapteront commodément à l'interprétation des faits particuliers. Pour l'instant, il faut savoir gré à ceux qui essayent de constituer une pathologie d'ensemble, en profitant des données acquises, et malgré des difficultés qui ne font que trop ressortir les lacunes encore si nombreuses que présentent la science des êtres vivants, la connaissance des lois qui président à la maladie et à la mort.

Le livre de M. Ludolf Krehl laisse voir ces difficultés, toujours présentes malgré des efforts incessamment renouvelés. L'hypothèse y tient en effet une place considérable, elle intervient à chaque instant dans les idées de l'auteur, dans les théories qu'il propose, dans les essais d'interprétation auxquels il se livre pour expliquer la genèse de tel et tel phénomène morbide, le mode d'enchaînement de telle série de lésions. Preuve certaine que la pathologie générale n'est pas encore faite, et qu'elle est extrêmement éloignée de la précision indispensable aux sciences qui veulent mériter l'épithète d'exactes. On retrouve ce besoin d'hypothèse à chaque pas, qu'il s'agisse du fonctionnement du cœur, du mécanisme de l'hématose intra-pulmonaire, que M. Krehl appelle respiration *externe*, par opposition avec la respiration *interne*, d'ordre plus intime, puisqu'elle a pour siège la profondeur des tissus, c'est-à-dire la cellule vivante, cette réduction dernière de l'organisme dont elle est en quelque sorte la miniature: ou, dans un autre ordre d'idées, qu'il s'agisse du chimisme gastro-intestinal, de la pathogénie du diabète, du mécanisme de la fièvre, de l'influence des nerfs sur la nutrition, etc., etc. Il est vrai que sur ces divers points nous possédons maintenant des acquisitions précieuses, inconnues à nos prédécesseurs. Néanmoins, nous sommes encore loin de compte, et la pénurie de notions certaines s'affirme à chaque instant par l'impossibilité de pénétrer les causes premières de beaucoup de maladies. Par exemple, en ce qui concerne le diabète, que nous pouvons prendre comme sujet de démonstration, on ne compte plus le nombre des théories tour à tour proposées et soutenues, puis abandonnées, et pourtant nous en sommes encore à chercher une

pathogénie bien assise qui donne à la thérapeutique une base immuable. Nous pourrions multiplier les exemples de ce genre, mais ce serait là un luxe inutile, tout médecin étant persuadé qu'il reste beaucoup à faire dans le champ déjà si souvent exploré de la pathologie générale.

En ce qui concerne la forme, on peut adresser à M. Krehl les mêmes critiques qu'à la plupart des ouvrages allemands. On peut lui reprocher l'absence de plan, le manque d'homogénéité dans l'ensemble, l'importance exagérée donnée à des faits de détail au détriment des notions générales qui doivent se tirer de la comparaison des faits cliniques avec les faits expérimentaux. C'est, en somme, un ouvrage qui manque d'originalité, un essai dont les conclusions ne sont pas assez fermes pour commander l'attention et entraîner la conviction. Une comparaison avec les travaux similaires nés dans notre pays, notamment avec ceux du Pr Bouchard, qu'il faut toujours citer quand on parle de pathologie générale, ne tournerait guère à son avantage. C'est donc une simple pierre d'attente, car l'auteur n'a pu espérer qu'il résoudrait à lui seul des questions sur lesquelles médecins et philosophes discutent, trop souvent en vain, depuis des siècles.

P. Muselier.

A L'ÉTRANGER

ALLEMAGNE

Tuberculose de la vaginale.

Goldmann *(Beitræge fur klin. Chir.*, XIII) a étudié un sujet sur lequel, jusqu'à présent, l'attention des observateurs ne s'est guère portée bien souvent. Il s'agit de la tuberculose de la tunique vaginale.

Cette tuberculose est primitive ou secondaire. La tuberculose secondaire, on le sait, succède à celle du testicule d'ordinaire, y compris l'épididyme, et du péritoine, surtout quand il y a persistance du canal vagino-péritonéal. La forme primitive a une étiologie sur laquelle on n'a que des renseignements fort incomplets. C'est cette forme primitive que l'auteur a surtout étudiée.

Son travail repose sur l'observation d'un malade qui avait une tumeur du scrotum. Cette tumeur était indolore; sa forme rappelait celle d'une poire dont la petite extrémité se portait vers l'anneau inguinal externe. La fluctuation se percevait aisément; et en même temps le doigt ressentait une crépitation molle, qui faisait songer au choc produit par des petits corps libres dans la cavité vaginale. Le diagnostic d'hydrocèle, déjà bien probable par l'inspection et la palpation de la tumeur, était encore confirmé par la transparence du liquide.

Ce liquide, lorsqu'on l'opéra, apparut jaune-rougeâtre. Il n'y avait pas de lésions au testicule et à l'épididyme, sauf sur l'albuginée où apparaissaient quelques végétations remarquables par leur grande tendance à saigner.

L'examen de la vaginale était au contraire fort intéressant. Son feuillet pariétal était couvert de nombreux tubercules ayant les dimensions d'une tête d'épingle. Plus on examinait la tumeur inférieurement, plus ces tubercules étaient nombreux. Les bords de la tunique vaginale furent réunis au scrotum; la cavité fut tamponnée à la gaze iodoformée; et, au bout d'un mois, le malade était complètement guéri. Cette guérison s'est maintenue; en effet, dix mois plus tard le malade était en parfaite santé.

Le microscope montra que la tunique vaginale était bien affectée de tuberculose. Mais la question était de savoir si la tuberculose était bien primitive, comme elle le paraissait, ou si, au contraire, on pouvait lui trouver une autre tuberculose antérieure. C'était là un point délicat, et sur lequel l'auteur n'ose se prononcer d'une façon précise.

Les antécédents du malade, sans avoir rien de caractéristique, révélaient un passé faible et maladif. Il n'était pas impossible, dans ces conditions, de penser à une de ces péritonites tuberculeuses évoluant sans symptômes, guérissant seules, et ayant laissé comme trace cette affection de la tunique vaginale. Cette supposition était d'autant plus admissible que, quelque temps après l'opération, le malade présenta une hernie inguinale du côté même où il avait été opéré. Ce fait ne tendrait à rien moins qu'à prouver que l'hydrocèle avait été autrefois communicante. On conçoit dans ces conditions qu'on ne puisse pas porter le diagnostic de tuberculose vaginale primitive.

Nouveau traitement du pied-bot valgus paralytique.

Ghillini *(Central-Blatt für Chir.)* ayant à opérer un jeune garçon de quatorze ans atteint de pied-bot valgus paralytique depuis sa première année, après avoir constaté que le tibial antérieur ne répondait pas à l'action électrique, eut l'idée d'avoir recours au long péronier latéral pour remplacer le tibial antérieur.

Il fit donc une incision de 10 centimètres le long du long péronier latéral, coupa le tendon péronier près du cuboïde et entoura le bout central de deux fils de soie qu'il avait passés à travers ses fibres.

Une autre incision le long du jambier antérieur permit de sectionner le tendon de ce muscle à son tour. Son bout périphérique fut traité comme le bout central du long péronier latéral.

Il y avait donc deux bouts tendineux que l'on put réunir entre eux par suite de leurs fils. Les deux moignons tendineux furent mis en contact sur une longueur de deux centimètres. Chacun de ces moignons fut divisé longitudinalement en quatre languettes. Chacune d'elles fut à son tour suturée à la soie avec une languette de l'autre extrémité tendineuse. Une attelle immobilisa le membre dans une bonne position.

Cette attelle fut remplacée par un appareil plâtré vingt jours plus tard, époque où fut fait le premier pansement.

Aujourd'hui, le malade est considérablement amélioré. La flexion dorsale et l'adduction sont possibles jusqu'à un certain degré. Le malade peut marcher avec une chaussure ordinaire. Enfin, on a vu l'atrophie du membre considérablement régresser après cette opération.

Les résultats sont donc très satisfaisants, puisque les fonctions du membre sont en grande partie récupérées.

Bains sulfureux et frictions mercurielles.

On sait combien est complexe la question du traitement de la syphilis, quand on veut l'examiner dans tous ses détails.

Les bains sulfureux, par exemple, sont alternativement rejetés ou admis suivant les auteurs. Pour les uns, ils constitueraient un adjuvant favorable des frictions mercurielles; pour d'autres, ils ne tendraient à rien moins qu'à empêcher l'action thérapeutique de l'onguent napolitain. Il se ferait alors une composition chimique qu'Elsenberg explique ainsi: au niveau de la peau, l'hydrogène sulfuré agissant sur le métal, il se forme du sulfure noir de mercure. Ce sulfure est une substance inerte et inabsorbable qui se dépose dans les orifices glandulaires, d'où impossibilité pour le remède de pénétrer dans l'intérieur de l'économie. Cet auteur rejette donc l'emploi simultané de ces deux méthodes thérapeutiques.

Grahowski *(Arch. für Dermatol. und Syphil.*, XXXI) a eu à cœur d'élucider cette question, en usant de la méthode expérimentale. Disons, sans tarder, que ses recherches infirment absolument les théories d'Elsenberg.

En effet, l'auteur a commencé par frictionner des syphilitiques avec 4 grammes d'une pommade dans laquelle rentraient du sulfure noir de mercure et de l'axonge. Les sujets en expérience n'ont pas tardé à présenter de la stomatite mercurielle; le mercure a été vu dans leurs urines; et, enfin, les accidents syphilitiques qu'ils présentaient ont rapidement cédé. Le mercure, sous forme de sulfure noir, est donc parfaitement absorbé.

Puis, l'auteur a injecté dans les muscles fessiers du chat des émulsions huileuses tantôt de sulfure noir, tantôt de calomel, tantôt de précipité jaune, s'arrangeant de manière à ce que la même quantité de mercure fût chaque fois injectée. Chez tous les animaux, il y avait intoxication hydrargyrique.

La conséquence de ces démonstrations est très nette : comme par le passé, l'on pourra sans crainte employer les bains sulfureux en même temps que les frictions mercurielles. Ceux-là ne détruisent pas les effets de celles-ci.

Forme spéciale d'arthralgie temporo-maxillaire.

A. Bruck a observé à Berlin cinq cas d'une affection spéciale dont voici les principaux caractères :

C'était une névrose de l'articulation temporo-maxillaire qui ressemblait, à un examen superficiel, à une otalgie réflexe ou à une lésion même de l'oreille. Ce dernier diagnostic était celui vers lequel on aurait penché, n'eût été le bon état de l'appareil auditif; on aurait véritablement cru à une otalgie réflexe si on en avait trouvé la cause dans une carie dentaire.

Les signes de la maladie n'étaient que fonctionnels. Ils consistaient en accès douloureux prenant souvent les malades au moment des repas, ce qui s'explique par le fonctionnement des muscles masticateurs à ce moment. L'articulation temporo-maxillaire était douloureuse à la pression, alors que rien de semblable ne se révélait au pavillon de l'oreille. C'était donc bien une névralgie temporo-maxillaire.

Disons aussi que les malades étaient des femmes nerveuses et anémiques.

Ce qui aida l'auteur à faire le diagnostic fut incontestablement la coïncidence d'autres douleurs analogues avec mêmes accès paroxystiques dans quelques autres jointures.

Ce qui d'autre part vint confirmer le diagnostic, ce fut la marche que suivit la maladie sons l'influence du traitement. La médication arsenicale était en effet celle qui s'imposait en la circonstance. L'emploi de la liqueur de Fowler guérit tous les malades de Bruck.

Ce fait est fort instructif, car il montre comment les névroses peuvent se localiser en points où l'on ne s'attendrait pas à les rencontrer; d'où la facile erreur dans laquelle on peut tomber.

Et cependant cette arthralgie doit être distinguée des véritables lésions de l'oreille. C'est toute une question de pronostic et de traitement qui est engagée dans les conclusions que le médecin formule après l'examen de son malade.

Traitement thyroïdien du goître.

Bruns (*Beitræge zur klin. Chir.*) a traité soixante malades atteints de goître en leur faisant prendre du corps thyroïde frais de mouton ou de veau, au milieu de pain azyme. Il le mélange aussi parfois à de la charcuterie, à des tartines de pain beurré.

Bruns donne comme dose maxima 10 grammes de corps thyroïde par semaine pour un adulte; chez l'enfant, il ne dépasse pas 5 grammes. Quant au mode d'administration, il se résume ainsi : Bruns donne la dose fixée par moitié, deux jours par semaine. Le traitement complet dure trois à quatre semaines, ce qui fait une quarantaine de grammes de corps thyroïde absorbés.

Sur 60 malades traités, 14 ont complètement guéri : ils sont tous les 14 âgés de moins de vingt ans. Vingt fois, il y eût diminution de volume du goître et disparition complète des troubles mécaniques; 9 fois, ce fut une simple amélioration; 17 fois enfin, ce fut un véritable insuccès. Le succès est en raison directe de la jeunesse du sujet.

Les guérisons incomplètes se traduisent par un retour à un aspect extérieur normal, avec disparitions des troubles mécaniques. De plus on perçoit par la palpation de petits noyaux fibreux dans l'intérieur du goître.

Un autre point sur lequel insiste l'auteur, c'est que, dans les formes de goître qui ont subi la dégénérescence fibrense, la dégénérescence colloïde ou la dégénérescence kystique, le traitement thyroïdien subit presque toujours des échecs. Dans ces cas, c'est à la thyroïdectomie qu'il faut s'adresser.

Enfin le goître exophtalmique, Bruns le fait expressément remarquer, est aggravé par l'ingestion de corps thyroïde, fait qui, comme on le sait, est bien en rapport avec la théorie qui admet l'hyperthyroïdisation comme cause de cette affection.

Epilepsie sénile.

M. Nannyn (*Zeitschrift für klin. Med.*, XXVIII) a vu trois cas d'épilepsie sénile, dont il donne les observations détaillées. Leur point commun, c'est que, chez les trois malades, la compression des deux carotides pratiquée au niveau du cou faisait apparaître des accès véritables d'épilepsie.

C'est surtout sur ce dernier fait qu'insiste l'auteur. Il a vu qu'en général la compression des carotides ne provoque d'accès épileptiformes que s'il y a diminution de l'afflux du sang artériel au cerveau par suite de lésions cardiaques ou d'artériosclérose. En effet, des trois malades qui font le sujet du travail de Naunyn, l'un mourut de bronchopneumonie et, à l'autopsie, on put constater de l'artériosclérose des grosses artères. De plus, les trois malades présentaient un ralentissement manifeste du pouls; accompagnant un affaiblissement de la force de contraction cardiaque et un certain degré d'anémie cérébrale.

Tous ces faits permettent, d'après Naunyn, d'expliquer les accès d'épilepsie sénile. Il faut les rapporter, pour lui, à des troubles de la circulation cérébrale dus à des lésions cardiaques ou vasculaires. Cette épilepsie est donc bien différente de l'épilepsie ordinaire, rattachée à la classe des névroses, sans que rien puisse encore l'expliquer.

Des études de Naunyn découle encore une autre conclusion d'un ordre plus pratique. Quelle est la valeur de la compression des carotides ? On sait que certains auteurs ont érigé cette compression en mode de traitement de l'épilepsie. Cette opinion n'est cependant pas universellement admise, et bien plus souvent on considère cette compression comme anodine. Naunyn a bien montré qu'elle peut au contraire être parfois dangereuse.

Albuminurie d'origine mercurielle.

Heller, à la Société de Médecine berlinoise, a fait une communication dans laquelle il tend à établir que, dans certaines circonstances, l'albuminurie peut reconnaître une cause mercurielle.

C'est chez les syphilitiques que l'affection se présente, bien entendu, le plus souvent; et, fait intéressant, la proportion dans laquelle on la rencontre varie avec le mode d'administration du mercure. Tandis que l'auteur a vu l'albuminurie chez 4 0/0 des malades traités par les injections de sublimé, il l'a rencontrée chez 28 0/0 des malades traités par les frictions mercurielles, et chez 17 0/0 des malades traités à la fois par les injections et les frictions Cette statistique porte uniquement sur des hommes.

En ce qui concerne les femmes, 25 0/0 des malades soumises aux frictions, 3.9 0/0 seulement des malades soumises aux injections, ont eu de l'albuminurie.

Le fait qui se dégage de ces recherches, c'est que, si l'examen des urines des malades soumis au traitement mercuriel ne doit jamais être négligé, il faut bien reconnaître que l'albuminurie chez eux est loin d'être fréquente. En outre, quoique le pronostic de cette albuminurie mercurielle soit peu connu, il faudra prendre la précaution de traiter par des injections, plutôt que par des frictions, les syphilitiques atteints de lésions rénales.

Différents médecins berlinois croient, d'ailleurs, que les syphilitiques chez qui le mercure provoque de l'albuminurie ont eu antérieurement une néphrite qui subit une rechute sous l'influence des frictions mercurielles.

ANGLETERRE

Troubles cardiaques de nature goutteuse.

Mitchell Bruce *(The Practitioner)* insiste sur les troubles des fonctions cardiaques motrices et sensorielles qu'on rencontre parfois chez les goutteux, au début même de la goutte dans certains cas.

La goutte cardiaque, qui fait suite le plus souvent à d'autres accidents, comme douleurs articulaires, sciatique, lumbago, éruptions cutanées, eczéma, troubles nerveux et intestinaux, se montre d'ordinaire après un effort, une fatigue. Le malade est pris d'anxiété précordiale, ressemblant parfois à de l'angine de poitrine. Cet état en général revient sous forme d'accès; il est parfois subcontinu. Le malade accuse surtout de la douleur, profonde, sourde, pouvant être déchirante. Elle s'accompagne de palpitations, de battements irréguliers et intermittents; quelquefois on assiste à des syncopes.

Quant aux signes physiques, ils sont moins nets et très variables. Le choc précordial est affaibli, le cœur semble hypertrophié. L'auscultation montre les bruits moins nettement frappés. Elle peut, d'ailleurs, révéler des lésions valvulaires dans certains cas. Le pouls, d'ordinaire fréquent, est parfois irrégulier et intermittent. Quant à la tension artérielle, elle est le plus souvent faible.

De toutes les affections cardiaques, la goutte cardiaque est une des plus bénignes, car elle est très longue et est soulagée par un traitement convenable.

Le traitement consiste avant tout dans le régime. Il faut un exercice modéré, une nourriture rationnée. On prendra de l'eau de Vichy; on délaissera la bière et le vin blanc, et aussi le tabac. Les mercuriaux, les sels purgatifs sont utiles; l'iodure de potassium, l'arsenic, la strychnine ont leurs indications. Dans certaines conditions, on aura recours à la digitale et au strophantus. Les nitrites et la nitroglycérine seront employés dans les cas d'angine de poitrine. Enfin, pour Bruce, les injections sous-cutanées de morphine et de chlorhydrate de strychnine rendent de réels services.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 6 novembre. — Présidence de M. THÉOPHILE ANGER.

Hernie et plaie du poumon sans lésions de la peau.

M. Quénu (à propos de la lecture du procès-verbal de la dernière séance).

L'observation que nous a présentée M. Reynier, à la dernière séance, me donne l'occasion de vous dire, après mes collègues, à quel point j'en suis arrivé en ce qui concerne la chirurgie du poumon.

C'est en 1893 que j'ai eu, la première fois, l'intention d'intervenir pour des blessures pulmonaires. Il s'agissait d'un malade atteint de kyste hydatique du poumon. Chez ce malade, après avoir déterminé, par la percussion, la zône de matité indiquant le siège du kyste, j'avais, dans cette zône, introduit un troquart et je m'apprêtais à faire une ponction aspiratrice quand mon malade fut soudain pris d'une hémoptysie violente. Convaincu que mon troquart, en lésant un rameau vasculaire volumineux de la paroi du kyste, avait été la cause occasionnelle de cette hémoptysie, j'avais fait immédiatement préparer toute l'instrumentation nécessaire pour créer, à travers un volet costal, une voie qui me permît d'aller tamponner le point de départ de cette hémorrhagie. Mais, pendant ce temps, l'hémoptysie avait soudain cessé, grâce à l'application de la glace et des autres moyens de révulsion employés dans de tels cas. J'ai donc dû me contenter, à ce moment-là, d'avoir en tout simplement la conception d'une intervention sur le poumon.

Cette année-ci, j'ai fait plus. Au mois d'avril, on amena dans mon service un jeune homme de 19 ans qui venait d'être frappé d'un coup de couteau ayant pénétré dans le septième espace intercostal gauche. L'interne de garde ayant uniquement constaté de l'emphysème sous-cutané sans les signes d'une hémorrhagie, s'était borné à faire une suture de la plaie.

Le lendemain matin, j'ai vu le malade; il était très faible, il avait les yeux excavés, le pouls rapide, petit, hémorrhagique, et cependant la température était normale. Du côté gauche, la percussion démontrait la présence d'une zône de matité et la palpation démontrait l'absence de vibrations. Enfin, le cœur était refoulé à droite.

Le surlendemain de l'accident, je fis une ponction dans la plèvre gauche et je retirai six cents grammes de sang pur. Le malade fut soulagé. Le quatrième jour après l'accident, dyspnée, température élevée; une nouvelle ponction faite le 16 avril ramena deux litres d'un liquide qui était du sang presque pur.

On va me faire ici une objection, et l'on va me dire que le liquide épanché dans la plèvre à la suite d'un traumatisme a toujours l'apparence de sang pur, lorsqu'il n'y a, en réalité, que très peu de sang dans ce liquide. Je le sais, mais le liquide dont je vous parle était bien du sang presque pur, puisqu'on y a trouvé, par centimètre cube, un nombre de globules rouges proche du chiffre normal.

Il était donc évident que ce malade avait, près de sa plèvre, une source constante d'hémorrhagie. Je jugeai que la situation méritait une intervention.

Le 17 avril, j'enlevai les points de suture qui avaient été mis sur la plaie, le jour de l'accident, et j'agrandis cette plaie. Puis, je reséquai la côte sous-jacente et je la reséquai largement.

A ce moment, avant d'ouvrir la plèvre, je fis un examen sérieux pour voir si l'hémorrhagie n'était pas provoquée par la blessure d'une artère intercostale. Or, rien de cela n'existait.

Je fis alors l'incision de la plèvre. Je vis que le poumon, aussitôt l'incision, comprimé par l'air extérieur, se rétractait vers la colonne vertébrale, mais que sa partie inférieure, cependant, restait accolée à la face interne de la plèvre pariétale. A ce niveau il y avait, en effet, des caillots. Je soupçonnai que là était la plaie du poumon cause de l'hémorrhagie; j'y établis un tamponnement à la gaze iodoformée et j'attendis.

Le lendemain, il s'était épanché environ trois quarts de litre de liquide. L'état du malade était le même que les jours précédents. Le surlendemain, la gaze du pansement était à peine teintée de sang. Les jours suivants, le pansement de la veille était de plus en plus sec. Ainsi, l'espace vide se combla peu à peu; et, le 30 avril, le malade sortait de l'hôpital absolument guéri.

Il ne m'est pas permis de dire que mon malade, sans intervention, n'eût pas guéri. Je crois, néanmoins, lui avoir rendu service en intervenant, et je crois avoir ainsi provoqué chez lui une guérison sûre et rapide.

Au résumé, quoique mon expérience personnelle soit restreinte, je suis porté à penser, comme M. Michaux, que nous sommes vraiment trop sobres d'opérations sur le poumon. Mais je crois que nous devrions intervenir plus souvent. Nos interventions pourraient être, à mon avis, de deux sortes: il y aurait des interventions faites immédiatement après l'accident ou le traumatisme, et il y aurait des interventions immédiates. Les premières seraient commandées par des blessures de guerre ou de duel, par exemple, lorsque le blessé présente tous les signes d'une hémorrhagie abondante, rapide et peut-être mortelle. D'ailleurs, dans ce genre d'interventions, les notions les plus simples de la physiologie du poumon donnent raison à l'opérateur. Nous savons, en effet, que tout poumon qui respire est un poumon où le sang circule et où l'hémorrhagie est favorisée, tandis que tout poumon affaissé

et ne respirant que peu ou pas, est un poumon où le sang circule peu et où l'hémorrhagie n'a plus lieu de se faire. Or, quand nous ouvrons la plèvre, le poumon comprimé par la pression atmosphérique s'affaisse et se rétracte. Il y a donc, là seulement, une première cause d'hémostase qui commande l'intervention.

Quant à la seconde série d'interventions sur le poumon, elles auraient tout lieu d'être faites dans les cas de persistance des symptômes d'un épanchement (je rappelle que le cas que je vous ai signalé est de ce nombre) et dans les cas où le malade, au lieu de se rétablir, continue de péricliter.

Voilà, Messieurs, ce que je voulais vous dire au sujet de la chirurgie du poumon. Bien que mon observation ne soit pas tout à fait analogue à celle de M. Reynier, elle m'a cependant semblé avoir avec elle assez de ressemblance pour mériter de prendre place dans la discussion.

M. Berger. — M. Quénu sait certainement que l'on a déjà proposé d'inciser l'espace intercostal pour aller débarrasser la plèvre des épanchements de sang qui s'y produisent et pour tamponner la surface saignante du poumon. C'est là, à mon avis, la seule intervention de ce genre que l'on doive se permettre. Il ne me semble pas possible d'aller dans l'intérieur même du parenchyme pulmonaire tamponner un foyer hémorrhagique.

Je considère donc l'incision de l'espace intercostal comme la conduite à adopter toutes les fois que l'occasion s'en présentera.

M. Delorme. — Je suis, à la vérité, partisan des interventions thoraciques dans les hémorrhagies graves. Mais, quand l'hémorrhagie s'est arrêtée d'elle-même, je suis d'avis qu'il faut s'en tenir là. Donc, contrairement à M. Quénu, je ne ferai d'intervention sur les épanchements déjà produits qu'autant qu'il se montrera des symptômes d'infection. De plus, contrairement à M. Berger, je ne crois pas qu'il y ait d'inconvénient à aller mettre des tampons dans un point profond du parenchyme pulmonaire qui saigne. Je crois même que l'on peut, au besoin, se permettre d'inciser la lame périphérique du poumon, d'ailleurs peu vasculaire, pour pratiquer le tamponnement profond.

M. Quénu. — Il est bien entendu que je n'ai pas conseillé, dans mes conclusions de tout à l'heure, d'aller, coûte que coûte, faire usage du bistouri toutes les fois qu'il existe un épanchement de sang dans la plèvre. Au contraire, je crois qu'il est souvent bon d'attendre et de surveiller son malade. Mon observation en est la preuve.

Cystostomie sus-pubienne pour hypertrophie de la prostate.

M. Picqué lit un rapport sur une observation de cystostomie sus-pubienne pour hypertrophie de la prostate communiquée par M. Maurand. Il montre combien cette opération, secondée par l'appareil de M. Poncet, peut présenter de ressources dans certains cas de dysurie prostatique. On sait, en effet, quelles sont, parfois, les conséquences de cette affection. Certains malades sont conduits, par elle, au suicide et à la folie ; on est même obligé de les interner. M. Picqué se propose, enfin, de revenir sur cette importante question dans une prochaine communication.

Hernie ombilicale gangrénée. — Résection d'une anse grêle de 61 centimètres de longueur. — Entérorrhaphie. — Guérison.

M. Lejars donne lecture d'une observation sur ce sujet dans laquelle il conclut que l'emploi du bouton de Murphy ne lui eût certainement pas donné des résultats plus rapides ni plus favorables que l'entérectomie suivie de l'entérorrhaphie.

Abcès sous-phrénique gazeux intrapéritonéal; laparotomie; guérison.

M. Jonnesco (de Bucarest) lit, devant la Société, une observation et des conclusions sur ce sujet. Parmi ces conclusions, l'une des plus intéressantes est relative à la pathogénie des abcès sous-phréniques. Pour le cas dont M. Jonnesco rapporte l'histoire, comme pour la plupart des cas de cette variété d'abcès, la cause est restée inconnue. Néanmoins, M. Jonnesco croit pouvoir attribuer la cause de cet abcès à une stagnation des matières fécales dans le gros intestin et à une dilatation permanente de ce conduit. On sait, en effet, d'après les expériences qui ont été déjà faites dans ce sens, que la ligature du gros intestin entraîne, par transsudation des liquides intestinaux à travers la paroi de l'intestin et le péritoine viscéral, une irritation de ce péritoine capable d'engendrer des lésions de péritonite. M. Jonnesco pense, d'autre part, que telle doit être la pathogénie des lésions péritonitiques que l'on rencontre dans les hernies étranglées.

Le travail de M. Jonnesco sera examiné par une commission composée de MM. **Reynier, Delens** et **Delorme** (rapporteur).

Comment il faut extraire certains corps étrangers du rectum.

M. Delbet. — En remplissant dernièrement les fonctions de chirurgien de garde au Bureau central, j'ai été appelé à l'Hôtel-Dieu auprès d'un individu qui s'était introduit dans le rectum la bouteille que voici et qui mesure vingt centimètres de hauteur.

En vain, les internes s'étaient efforcé de retirer cette bouteille après avoir dilaté l'anus. Ils n'avaient réussi qu'à déchirer la muqueuse rectale, la bouteille ne voulait point venir.

Dans ces conditions, ayant tout de suite remarqué que l'obstacle à cette extraction était le coccyx, je résolus de faire, séance tenante, la rectotomie postérieure et la résection du coccyx. J'ai donc pratiqué cette double opération. J'ai pu ainsi cueillir, pour ainsi dire entre le pouce et l'index, la fameuse bouteille; j'ai obtenu enfin une réunion par première intention avec la conservation du sphincter et de sa fonction.

Mais là n'était pas, pour moi, le côté intéressant de cette opération. J'ai voulu savoir quel avait été véritablement l'obstacle à l'extraction de la bouteille. J'ai donc fait avec cette même bouteille des expériences sur plusieurs cadavres, et voici ce que j'ai vu :

Il a été facile d'introduire dans le rectum le col de la bouteille. Il a été plus difficile d'y introduire le corps. La force de deux hommes a été nécessaire pour cette introduction. La bouteille, entièrement introduite, avait son col rejeté en avant par le promontoire, tandis que son fond occupait l'excavation sacrée. Quant à l'obstacle à la sortie que je cherchais, j'ai vu qu'il résidait tout entier dans le ligament de Carcassonne et dans la prostate.

Ce sont là des obstacles qui doivent exister dans tous les cas de corps étrangers du rectum et qui sont invincibles. Je pense donc que la rectotomie postérieure et la résection du coccyx, sans être une opération qui s'impose dans tous les cas, est cependant l'opération de choix, très supérieure, sans contredit, à tous les autres procédés ou appareils imaginés pour retirer les corps étrangers introduits dans le rectum.

L'observation de M. Delbet sera examinée par une commission composée de MM. Perrot, Kirmisson et Gérard-Marchand.

Petit.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 5 novembre.

Traitement des abcès par congestion.

M. Jonnesco (de Bucharest) a opéré trois abcès ostéopathiques consécutifs à un mal de Pott dorso-lombaire et apparus en même temps, deux dans les régions fessières, l'autre dans la concavité sacrée. Les deux premiers ouverts, curettés et drainés, ont été rapidement guéris par première intention.

Le second a demandé plus de temps pour guérir parce qu'on avait été obligé de trépaner le sacrum pour vider cet abcès.

M. Viard (de l'Isle-sur-le-Serein) lit l'observation d'un malade âgé de 38 ans qui fut atteint, à la suite d'accidents urinaires consécutifs à une blennorrhagie, d'une ostéomyélite du fémur droit avec nécrose de la presque totalité de l'os.

An moyen d'injections de teinture d'iode fréquemment répétées dans les trajets fistuleux, on a pu obtenir la guérison sans intervention. J. P.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 26 octobre.

Deux cas familiaux de tuberculose aspergillaire simple chez des peigneurs de cheveux.

M. Rénon. — Je viens d'observer deux nouveaux cas de tuberculose aspergillaire chez des peigneurs de cheveux.

Dans une famille composée du père, de la mère et du fils, on peigne les cheveux dans un atelier commun. Lorsque les cheveux sont secs, ils sont peignés directement. Mais lorsqu'ils sont gras, pour éviter qu'ils ne cassent, on est obligé de les recouvrir de farine de seigle. De cette farine se dégage une quantité de poussières considérable. De plus, dans l'atelier, les oiseaux ne peuvent vivre, serins, chardonnerets y meurent au bout de trois semaines.

Dans ces conditions, ce sont le père et la mère, exerçant le métier depuis de longues années qui présentent les lésions de tuberculose aspergillaire. Ils ont en, l'un et l'autre, des hémoptysies, et à l'auscultation on trouve chez l'un des lésions de tuberculose pulmonaire à la première période, chez l'autre des lésions de tuberculose pulmonaire à la dernière

L'examen bactériologique de leurs crachats a donné les résultats suivants : sur lamelles, pas de bacilles de Koch ; par inoculation à des cobayes, on n'a pas pu déceler les lésions du bacille ni avec les crachats du père, ni avec ceux de la mère. Mais la coloration avec la thionine a révélé, sur lamelles, des formes conidiennes de champignon, et même quelquefois du mycélium ramifié très net. On a enfin trouvé, surtout chez la mère, par culture sur liquide de Raulin, de l'aspergillus fumigatus. Des lapins inoculés ont succombé à l'infection aspergillaire typique. On n'a pas trouvé d'autres agents pathogènes mycosiques.

Dans les poussières provenant de l'atelier, on trouvé le même champignon. On en a trouvé aussi dans la farine de seigle et des pigeons qui ont inhalé avec ces poussières sont morts de lésions tuberculeuses du poumon, qui ont été reconnues de nature aspergillaire.

Il s'agirait donc là de deux cas de tuberculose aspergillaire simple dans une même famille. La cause de l'infection a été dans les poussières de la farine de seigle employée. Les grainetiers et meuniers peuvent être atteints par cette affection, dont on a déjà signalé deux cas. Enfin, les gaveurs de pigeons ne seraient pas seuls susceptibles d'être atteints par la tuberculose aspergillaire.

Syndrôme de Weber chez un diabétique avec réapparition du réflexe rotulien du côté paralysé.

M. G. Marinesco présente un malade âgé de 49 ans, sans antécédents héréditaires, diabétique depuis 1881. Il avait alors 50 grammes de sucre par litre, de la polyurie, de la polydipsie et une polyphagie peu marquée. L'impuissance génitale est survenue progressivement et le malade a remarqué en même temps un affaiblissement des jambes. Le 24 juillet dernier, une hémiplégie gauche s'est installée silencieusement, la face étant prise tout d'abord, puis la jambe et le bras. Onze jours après est survenue de la diplopie à droite, qui s'est compliquée d'une chute de la paupière supérieure trois jours après. On avait noté avant l'accident une abolition presque complète des réflexes. Actuellement il existe à droite une paralysie totale et incomplète du moteur oculaire commun, c'est-à-dire un ptosis avec strabisme externe et diplopie et, en plus, il y a une dilatation de la pupille et une paralysie de l'accommodation.

L'hémiplégie gauche est également totale, mais incomplète et sans contracture. Il n'y a pas du côté paralysé de troubles de la sensibilité, ni de troubles vasomoteurs. Le réflexe rotulien est aboli complètement à droite et un peu diminué à gauche. Il s'agit donc chez ce malade d'une paralysie alterne supérieure, autrement dit du syndrome de Weber. Mais une particularité importante à retenir, c'est la réapparition du réflexe rotulien. On sait que la disparition des réflexes dans le diabète est un accident relativement fréquent, mais dont la cause est encore mal connue. Si, dans certains cas, cette abolition dépend de la lésion des fibres centripètes nécessaires à la transmission du réflexe rotulien, son retour peut s'expliquer par l'action antagoniste qu'exercent sur la corne antérieure, d'une part les fibres sensitives pyramidales, d'autre part les fibres sensitives tendineuses. A l'état normal, le tonus réflexe tendineux est entretenu par les excitations continuelles apportées par les fibres sensitives tendineuses et transmises à la moelle par l'intermédiaire des collatérales réflexes, tandis que les fibres pyramidales exercent une action modératrice sur l'excitabilité de la corne antérieure.

Quand les fibres centripètes tendineuses sont altérées, le réflexe rotulien est diminué ou aboli ; mais si l'action modératrice du cerveau vient à disparaître, les fibres centripètes tendineuses qui sont encore saines sont capables de ramener, dans une certaine mesure, le tonus réflexe annibilé.

Influence des maladies de la mère sur le développement de l'enfant.

MM. Charrin et **Nobécourt.** — Les enfants nés de parents tarés constituent un mauvais terrain et l'un de nous a, d'autre part, établi avec M. Gley que des lapins issus de générateurs ayant reçu, soit des bactéries, soit des toxines, effectuaient leur croissance avec une extrême lenteur.

Nous avons examiné à ce point de vue un certain nombre d'enfants et de mères à la Maternité.

Ces enfants croissent lentement quand la mère a été malade.

On peut en accuser l'action des sécrétions microbiennes et des toxines. Celles-ci ont agi sur la nutrition, soit en diminuant l'activité cellulaire, soit, peut-être, en atténuant la propriété qu'ont les cellules de retenir et d'utiliser les aliments. L'enfant sain garde, en effet, tout ce qu'il prend, tandis que l'enfant malade a des déchets très augmentés.

Des éléments anatomiques qui donnent naissance à la sécrétion interne du pancréas.

M. Laguesse (de Lille) apporte un nouveau fait en faveur de la théorie suivante : à savoir que les îlots de Langerhans sont les organites de la sécrétion interne. Le pancréas est, en effet, d'abord une glande pleine formée, comme le foie, de cordons cellulaires ou anastomosés et ne possédant qu'une sécrétion interne ; les îlots de Langerhans représentent la partie persistante et sans cesse renouvelée de cette glande primitive.

M. Claisse présente des pièces de dilatation bronchique expérimentale.

M. Pilliet donne les résultats de l'examen de deux rates mobiles au point de vue anatomo-pathologique.

M. Mossé (de Toulouse), dans un cas d'acromégalie dont il a fait l'autopsie, a trouvé une grosse tumeur de la glande pituitaire, une glande thyroïde qui avait subi la dégénérescence kystique et un thymus considérablement hypertrophié. J. P.

ACTES DE LA FACULTÉ

DU 11 AU 16 NOVEMBRE 1895

EXAMENS DE DOCTORAT.

Lundi 11 novembre, à 1 heure. — 2e (2e partie) : MM. Ch. Richet, Weiss, Retterer. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu : MM. Reclus, Lejars, Walther. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu : MM. Straus, Gaucher, Widal.

Mardi 12 novembre, à 1 heure. — 3e Oral (1re partie) : MM. Berger, Maygrier, Nélaton. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité : MM. Duplay, Le Dentu, Albarran. — 5e (2e partie), Charité (1re série) : MM. Debove, Charrin, Roger. — 5e (2e partie), Charité (2e série) : MM. Laboulbène, Ménétrier, Achard.

Mercredi 13 novembre, à 1 heure. — 3e Oral (1re partie) : MM. Pinard, Ricard, Walther.

Jeudi 14 novembre, à 1 heure. — *Médecine opératoire, épreuve pratique* : MM. Guyon, Poirier, Hartmann. — 3e Oral (1re partie) : MM. Duplay, Bar, Albarran. — 4e : MM. Proust, Gilbert, Thoinot.

Vendredi 15 novembre, à 1 heure. — 3e (2e partie) : MM. Potain, Widal, Gilles de la Tourette. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Varnier, Broca.

Samedi 16 novembre, à 1 heure. — 2e (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Hutinel, Gley. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu : MM. Panas, Nélaton, Hartmann. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Joffroy, Raymond, Marfan. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Laboulbène, Marie, Roger. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique d'Accouchements, rue d'Assas : MM. Bar, Maygrier, Bonnaire.

THÈSES DE DOCTORAT

Mercredi 13 novembre, à 1 heure. — *M. Lipski* : Des complications oculaires métastatiques de la blennorrhagie (MM. Potain, Landouzy, Gilles de la Tourette, Netter). — *M. Thomas Thoinesco* : Etiologie générale des dermatoses (MM. Landouzy, Potain, Gilles de la Tourette, Netter). — *M. Douriez* : Remarque sur le traitement actuel des métrites (MM. Tillaux, Reclus, Tuffier, Broca). — *M. Ducosté* : De l'emploi de l'eau chaude en chirurgie (MM. Tillaux, Reclus, Tuffier, Broca). — *M. Maudet* : Contribution à l'étude des déviations et des accidents d'évolution tardive de la dent de sagesse (MM. Tillaux, Reclus, Tuffier, Broca). — *M. Rousseau* : De l'adénopathie sus-claviculaire dans les cancers viscéraux (MM. Straus, Terrier, Lejars, Wurtz). — *M. Gauchet* : Contribution à l'étude du traitement des fractures du col du fémur, principalement au point de vue du massage et de la mobilisation (MM. Terrier, Straus, Lejars, Wurtz).

Jeudi 14 novembre, à 1 heure. — *M. Chinsky* : Recherches expérimentales comparatives sur la mort des animaux à sang froid provoquée par l'inhalation de vapeurs de chloroforme et d'éther (MM. Brouardel, Debove, Charrin, Marfan). — *M. Roesh* : Recherches et considérations sur le méningisme chez les enfants (MM. Debove, Brouardel, Charrin, Marfan). — *M. Cerf* : (MM. Panas, Cornil, Chantemesse, Thiéry). — *M. Aubineau* : Essai sur l'application de la sérothérapie dans le traitement de la diphtérie conjonctivale (MM. Panas, Cornil, Chantemesse, Thiéry). — *M. Spaletta* : Contribution à l'étude des anomalies de l'uretère (MM. Cornil, Panas, Chantemesse, Thiéry).

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

FACULTÉ DE PARIS

Coure de pharmacologie.

M. le professeur Gabriel Pouchet a commencé le cours de pharmacologie le mardi 5 novembre 1895, à 4 heures de l'après-midi (amphithéâtre de pharmacologie), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Ordre du cours : Antiseptiques et parasiticides : antithermiques; analgésiques; anesthésiques; hypnotiques.

Cours de pathologie expérimentale et comparée.

M. le professeur Straus a commencé le cours de pathologie expérimentale et comparée le mercredi 6 novembre 1895, à 4 heures de l'après-midi, et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure, à l'amphithéâtre du laboratoire de pathologie expérimentale (Ecole pratique, 1er étage).

Objet du cours : La bactériologie dans ses applications à la médecine; principaux microbes pathogènes; maladies infectieuses communes à l'homme et aux animaux.

Cours de physiologie.

M. le professeur Ch. Richet a commencé le cours de physiologie le mercredi 6 novembre 1895, à 5 heures (grand amphithéâtre de l'Ecole pratique), et le continuera les vendredis, mercredis et lundis suivants, à la même heure.

Cours de pathologie chirurgicale.

M. Nélaton, agrégé, suppléant M. Lannelongue, a commencé le cours de pathologie chirurgicale le vendredi 8 novembre 1895, à 4 heures (petit amphithéâtre), et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

Cours d'anatomie pathologique.

M. le professeur Cornil a commencé le cours d'anatomie pathologique le vendredi 8 novembre 1895, à 5 heures de l'après midi (petit amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les lundis et vendredis suivants, à la même heure (dans le même amphithéâtre), les mercredis, à 2 heures, dans la salle des travaux pratiques d'anatomie pathologique (deuxième étage).

Cours de chimie médicale.

M. le professeur Gautier commencera le cours de chimie médicale le samedi 9 novembre 1895, à midi (grand amphithéâtre), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Sujet du cours : Applications de la chimie à la médecine, et en particulier à la physiologie.

Clinique chirurgicale de l'hôpital Necker.

M. le professeur Le Dentu a commencé le cours de clinique chirurgicale le vendredi 8 novembre 1895, à 9 heures et demie du matin, et le continuera les mardis et vendredis suivants, à la même heure.

Opérations : après les leçons.

Opérations gynécologiques : tous les jeudis, à 9 heures (pavillon de gynécologie).

Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.

M. le professeur Joffroy commencera le cours de clinique des maladies mentales le samedi 9 novembre 1895, à 9 heures et demie du matin, à l'amphithéâtre de l'asile Saint-Anne, et le continuera les mercredis et samedis suivants, à la même heure.

Clinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine.

M. le professeur G. Hayem commencera son cours de clinique médicale, à l'hôpital Saint-Antoine, le samedi 9 novembre 1895, à 10 heures, au Pavillon Moïana, et le continuera les mardis, jeudis et samedis, à la même heure.

Les mardis et samedis : leçon sur les malades; le jeudi : technique clinique.

Clinique des maladies des enfants.

M. Marfan, agrégé, suppléant M. Grancher, commencera le cours de clinique des maladies infantiles le samedi 9 novembre 1895, à 4 heures de l'après-midi (hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres), et le continuera les mardis et samedis suivants, à la même heure.

M. le docteur Feulard : maladies de la peau, les mercredis, à 10 heures.

M. le docteur Cuvillier : maladies du nez, du pharynx, du larynx et des oreilles, les vendredis, à 10 heures.

Clinique d'accouchements et de gynécologie.

M. le professeur Pinard commencera le cours de clinique d'accouchements et de gynécologie le lundi 11 novembre 1895, à 9 heures du matin (clinique Baudelocque, 125, boulevard de

Port-Royal), et le continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Ordre du cours : Lundi et vendredi : leçons de clinique obstétricale à l'amphithéâtre par le professeur.

Mercredi : leçons et opérations de gynécologie, par M. Segond.

Autres jours : leçons et opérations de chirurgie infantile, par M. Kirmisson ; anatomie obstétricale pathologique, par M. Varnier ; leçons de diagnostic obstétrical, par M. Bouffe de Saint-Blaise ; kinésithérapie gynécologique, par M. Stapfer.

Cours pratique et manœuvres obstétricales, par MM. Lepage, Potocki, Wallich, Baudron et Funk Brentano.

Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu.

M. le professeur Panas commencera le cours de clinique ophtalmologique le lundi 11 novembre 1895, à 9 heures du matin, et le continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Clinique et opérations à 10 heures ; exercices ophtalmoscopiques tous les mercredis.

Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.

M. Charrin, agrégé, suppléant M. G. Sée, commencera le cours de clinique médicale le lundi 11 novembre 1895, à 10 heures, et le continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Clinique médicale de la Pitié.

M. le professeur Jaccoud reprendra son cours de clinique médicale le mardi 12 novembre 1895, à 9 heures et demie du matin, et le continuera les samedis et mardis suivants, à la même heure.

Conférences de pathologie externe.

M. Tuffier, agrégé, commencera ces conférences le jeudi 7 novembre 1895, à 5 heures (petit amphithéâtre), et les continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

Conférences d'obstétrique.

M. Varnier, agrégé, a commencé ces conférences le jeudi 7 novembre 1895, à 6 heures (petit amphithéâtre), et les continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

Conférences de pathologie interne.

M. F. Widal, agrégé, a continué ces conférences le vendredi 8 novembre 1895, à 3 heures (grand amphithéâtre), et les continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

Conférences de médecine légale.

M. Thoinot, agrégé, a commencé ces conférences le vendredi 8 novembre 1895, à 6 heures (petit amphithéâtre), et les continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

HOPITAUX DE PARIS

Circonscriptions hospitalières.

Les chirurgiens des hôpitaux, dans leur assemblée du 30 octobre, ont voté, à la presque unanimité, l'ordre du jour suivant : « *Les chirurgiens des hôpitaux, réclamant pour les malades indigents le droit absolu de s'adresser au chirurgien de leur choix et d'être traités par lui, demandent l'abolition des circonscriptions hospitalières* ».

Concours de l'internat.

Anatomie : MM. Bernheim, 15 ; Fresson, 12 ; Pédeprade, 15 ; Rudeaux, 13 ; Labey, 12 ; Duclos, 8 ; Castaigne, 15 ; Ghika, 15 ; Guisez, 8 ; Griffon, 12.

Pathologie : MM. Simon Grosjean, 13 ; Perrée, 9 ; Rellaye, 10 ; Petit, 10 ; Monthus, 14 ; Renault, 11 ; Leven, 11 ; Michaux, 15 ; Latruffe, 9.

La prochaine séance aura lieu mardi 12 novembre, à 4 h. 1/2, à l'Hôtel-Dieu.

Concours de l'externat.

Anatomie : MM. Le Roux, 13 1/2 ; Imbault, 13 ; P. Sainton, 12 ; Piot, 15 ; Maury, 9 ; Reynaud, 16 ; Lance, 14 1/2 ; Lequeux, 14 1/2 ; Joseph Renaud, 11 ; Morpaux, 13 1/2 ; Ducoudray, 7 ; Compain, 7 ; Vaillant, 15 1/2 ; Ogé, 7 ; Jamart, 8 ; Reliquet, 15 ; Thorel, 15 ; Murent, 11 ; Louis-Paul Lebreton, 17 1/2 ; Philippe, 19 ; Laquerrière, 9 ; Julien, 15 ; Maurice Petit, 12 ; Coittier, 15 ; Benoit, 18 ; Hallopean, 15 ; Aubourg, 14 ; Jamet, 16 1/2 ; Bosvienx, 17 1/2 ; Papillon, 5 ; Bender, 18 ; Forué, 9 ; Haret, 8 ; Belgrand, 16 ; Gagey, 13 ; Bricard, 6 ; Dropet, 15 ; Debret, 14 ; Devaux, 10 ; Delbos, 6 ; Grandjean, 8 ; Maurice Bloch, 13 ; Dambrin, 13 1/2 ; Bnssard, 13 ; Daverède, 12 ; Chomet, 17 ; Desgranges, 14 ; Froin, 12 ; Beanvy, 11 ; Audy Pierre, 12 ; Dauchez, 12 1/2 ; Bailey, 16 1/2 ; Duclaux, 15 ; Artand, 11 ; Andrieu Joseph, 10 ; Buisson, 8 ; Aurégan, 13 1/2 ; Alexandre, 17 ; Brisard Camille, 7 ; Barrieu, 12 ; Apostolidés, 7 ; Bourgoin, 12 ; Cailleux, 11 ; Babonneix, 17 ; Beneteau, 16 1/2.

Questions données : Extrémité inférieure des os de l'avant-bras. Configuration extérienre et rapports de l'estomac. Muscles pectoraux. Crosse de l'aorte.

Pathologie : MM. Desgranges, 8 ; de Séze, 6 ; Belgrand, 17 ; Jean Gagey, 14 ; Froin, 10 ; Bender, 15 ; Dropet, 14 ; Delbos, 7 ; Beaury, 15 ; Bargy, 4 ; Bailey, 17 ; Daverède, 12 ; Ducoudray, 9 ; Edmond Bloch, 11 ; Chomet, 11 ; Aubourg, 14 ; Pierre Audy, 9 ; Bricard, 6 ; Tausard, 10 ; Lance, 13 ; Dauchez, 7 ; Maurice Bloch, 14 ; Bonamy, 7 ; Bué, 11 ; Jamet, 13 ; Dombrin, 12 ; Devaux, 7 ; Debret, 14 ; Bussard, 8 ; Duclaux, 13 ; Monod, 15 ; Lequeux, 13 ; Laquerriére, 11 ; J. Paillant, 12 ; Jullien, 13 ; Jeannin, 15 ; Loin, 15 ; Le Roux, 13 ; Armand Lebreton, 9 ; Masson, 5 ; Petit, 8 ; Paul Lebreton, 16 ; Thorel, 13 ; Sébilleau, 12 ; Sainton, 13 ; Regnaud, 13 ; Reliquet, 7 ; Piot, 13 ; Morfaux, 14 ; Méret, 12 ; Maury, 11 ; Mathieu, 13 ; Debet de Lacrousille, 9 ; Murent, 10 ; Imbault, 14 ; Renaud, 10 ; Roubaud Léon, 17 ; Roques Maurice, 13 ; Ymbert, 7 ; Willard, 14 ; Sabatier, 19 ; Tillaye, 15 ; Thouvenin, 11 ; Ronsseau, 10 ; Trastour, 12 ; Thomin, 6 ; Rodat, 5 ; Smolianoff, 6 ; Me Romanescu, 14 ; Thomas Jacques, 14 ; Roger, 4 ; Steinherg, 7 ; Thomas Louis, 6.

Questions données : Comment il faut pratiquer l'autopsie des organes du thorax et de l'abdomen ? Causes et signes de l'ascite. Les fractures de l'extrémité inférieure du péroné. Le furoncle. Causes et traitement de l'épistaxis.

Concours des prix de l'internat (médaille d'or).

Le jury est composé de MM. Brissaud, Guyot, Delpeuch, Netter, Nélaton, Constantin Paul, Humbert, Berger, Monod, Ribemont.

Amphithéâtre de Clamart.

MM. Launay et Robineau ont été nommés, après concours, prosecteurs.

MM. Albert Mouchet et Pierre Wiart ont été nommés, après concours, aides d'anatomie.

Exercices de dissection.

Sous la direction de M. Quénu, agrégé de la Faculté, directeur des travaux scientifiques de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux.

Ces exercices ont lieu à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux (rue du Fer-au-Moulin, n° 17) à partir du 4 novembre, pour les débutants (ostéologie) ; et le 11 novembre, pour les vétérans (dissection).

Les élèves désignés recevront une lettre de convocation individuelle.

Concours des médailles d'or.

Les jurys sont ainsi constitués. *Médecine* : MM. Brissaud, Guyot, Delpeuch, Netter, Nélaton. *Chirurgie* : MM. Berger, Monod, Ribemont, C. Paul, Humbert.

ACTES OFFICIELS

M. le docteur Gadaud, sénateur, est nommé officier du Mérite agricole.

Le Directeur-Gérant : F. DE RANSE.

Société nouvelle de l'IMPRIMERIE SCHILLER (en formation). — BOURGEOIS. Paris. — 10, rue du Faubourg-Montmartre.

66e Année. 9e Série. Tome II — No 46 — 16 Novembre 1895

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : Dr F. de RANSE — *Rédacteur en chef :* Dr Pierre SEBILEAU

Secrétaire de la Rédaction : M. Em. EMERY

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 28, rue Vignon

TRAVAUX ORIGINAUX

Contribution à l'étude de l'anatomie topographique de la région de l'aine, et en particulier du canal crural (1).

Par F. Schmerber, élève de l'Ecole du service de santé militaire de Lyon.

S'il est en anatomie topographique une région sur laquelle anatomistes et chirurgiens ont longuement discuté sans arriver à une entente, c'est bien la région située à l'union de l'abdomen et du membre inférieur, car sa structure est complexe et son importance grande au point de vue pratique. En effet, les aponévroses de cette région servent de barrière au pus des abcès qui, nés dans la fosse iliaque ou au voisinage de la colonne vertébrale, tendent à fuser vers la cuisse. De nombreux ganglions lympathiques qu'elle renferme y sont fréquemment le siège d'inflammations aiguës ou chroniques. C'est enfin dans cette région que se trouvent deux trajets importants que suit l'intestin pour faire hernie d'une part dans le scrotum et d'autre part vers la cuisse : ce sont le canal inguinal et le canal crural.

Telles sont les considérations qui, sur les conseils de M. le professeur Testut, nous ont fait entreprendre, dans son laboratoire, quelques recherches sur l'anatomie topographique de cette région si importante, et en particulier sur la constitution du canal crural. Nos recherches ont porté sur dix-sept préparations, dont huit provenaient d'enfants nouveau-nés ou âgés de quelques mois seulement. Nous avons en outre examiné six préparations provenant d'hommes de 30 à 57 ans et trois provenant de femmes de 26, 32 et 48 ans.

Et d'abord, qu'est-ce que la « région de l'aine »; que doit-on entendre sous ce nom? Les mots région de l'aine et pli de l'aine sont-ils synonymes? Surviennent déjà de nombreuses divergences pour définir la région. Velpeau, Malgaigne, Richet et Tillaux se bornent à décrire sous ce nom une région située au-dessus de l'arcade crurale à l'exclusion de celle qui est située au-dessous de cette arcade et connue sous le nom de triangle de Scarpa. Nicaise et Paulet décrivent une « région inguino-crurale » formée de deux portions situées l'une au-dessus de l'arcade crurale et correspondant à la région de l'aine des auteurs précédents et l'autre située au-dessous de cette arcade et répondant au triangle de Scarpa.

Nous nous rangerons à l'avis de Nicaise et de Paulet et admettrons l'existence d'une « région inguino-crurale » composée d'une portion abdominale et d'une portion crurale. On ne peut, en effet, séparer l'étude du triangle de Scarpa de celle de la fosse iliaque interne ou de la paroi abdominale antérieure : les aponévroses, les muscles et les vaisseaux du triangle de Scarpa se continuent directement avec ceux de l'abdomen et ceux de la fosse iliaque interne; séparer ces deux régions l'une de l'autre, c'est faire une division absolument artificielle.

Jarjavay définissait la région de l'aine « une région comprise entre une ligne fictive qui, de l'épine antérieure et supérieure de l'os des îles, passerait au niveau du grand trochanter et remonterait à la symphyse des pubis, et une seconde parallèle au ligament de Fallope et placée à deux travers de doigt au-dessus de lui sur la paroi abdominale antérieure. En d'autres termes, la région de l'aine a la forme d'un quadrilatère dont le côté supérieur est représenté par une ligne parallèle à l'arcade crurale et placée à deux travers de doigt au-dessus sur la paroi abdominale antérieure. Le côté inférieur, par une ligne passant à l'union du tiers supérieur de la cuisse avec les deux tiers moyens. Les deux autres côtés par des perpendiculaires abaissées sur la limite inférieure de la région inguino-crurale, d'une part de la symphyse du pubis, et d'autre part de l'épine iliaque antérieure et supérieure.

De cette saillie de l'os iliaque à l'épine du pubis est étendue obliquement de haut en bas et un peu d'arrière en avant une bandelette fibreuse connue sous les noms d'arcade crurale, ligament de Poupart, ligament de Fallope. Pour Thompson et Richet, c'est une formation particulière

(1) In *Lyon médical*, 10 novembre 1895.

ne contenant pas de fibres propres. Pour Tillaux, au contraire, elle serait exclusivement formée par l'aponévrose du grand oblique de l'abdomen. Une opinion intermédiaire est plus vraisemblable : l'arcade crurale renferme des fibres propres et est formée en partie par l'aponévrose du grand oblique. Mais cette discussion ne rentre pas dans le cadre de notre sujet.

On peut distinguer à l'arcade crurale deux bords et deux faces. Les bords sont l'un antérieur et l'autre postérieur. Les deux faces sont l'une supérieure, creusée en gouttière pour recevoir chez l'homme le cordon spermatique et chez la femme le ligament rond, et l'autre inférieure regardant l'os coxal. Dans le tiers externe de l'arcade crurale le fascia iliaca adhère à la face intérieure de l'arcade. A environ cinq centimètres de l'épine iliaque antérieure et supérieure il quitte l'arcade crurale pour aller s'insérer sur l'éminence iliopectinée, divisant ainsi l'éspace situé entre l'arcade crurale et le bord antérieur de l'os coxal en deux loges, l'une externe destinée au passage du muscle psoas et du nerf crural, l'autre interne destinée au passage des vaisseaux fémoraux : lacuna musculorum en dehors et lacuna vasorum en dedans, comme les nomment les auteurs allemands.

La loge vasculaire, de forme triangulaire, est limitée en bas par le muscle pectiné, qui s'insère sur la crête pectinéale, ou plus exactement par son aponévrose, en dehors par la bandelette iliopectinée de Thompson, en haut par le ligament de Poupart. Des trois angles, l'un, supérieur et externe, est formé par la rencontre de l'arcade crurale avec la bandelette iliopectinée, l'autre inférieur et externe par la rencontre de cette bandelette avec l'aponévrose pectinéale. Enfin, le troisième, ou angle interne, est comblé en partie par le ligament de Gimbernat, formation fibreuse qui dépend de l'arcade crurale et qui va s'insérer sur l'aponévrose du pectiné, où elle forme par sa rencontre avec cette aponévrose un épaississement connu sous le nom de ligament pubien ou de ligament de Cooper. Le ligament de Gimbernat est triangulaire, son bord externe regarde la lacuna vasorum et affecte une forme semi-lunaire.

Nous désignerons sous le nom d'anneau crural la loge vasculaire tout entière et non pas, comme le veut Richet, seulement la portion réservée au passage des lymphatiques. L'anneau crural est plus long chez la femme que chez l'homme, contrairement à l'anneau inguinal qui est plus petit chez la femme, ce qui explique la plus grande fréquence de la hernie inguinale chez l'homme. D'après nos observations, sa longueur moyenne est de 4, 5 centimètres chez la femme et de 3, 5 chez l'homme.

L'anneau crural livre passage aux vaisseaux fémoraux et aux lymphatiques du membre inférieur. En dehors se trouve l'artère fémorale, elle est en rapport du côté externe avec la bandelette iliopectinée, en dedans avec la veine fémorale. Celle-ci est située entre l'artère et les ganglions lymphatiques qui occupent la portion la plus interne de l'anneau crural et répondent en dedans au bord concave du ligament de Gimbernat. Parmi ces ganglions lymphatiques, J. Cloquet en a décrit un qui par sa situation appartient à la fois à la cavité abdominale et au membre pelvien.

Thompson, et après lui Richet, décrivent une cloison située entre l'artère et la veine et une autre cloison située entre la veine et les lymphatiques. Ces cloisons diviseraient l'anneau crural en trois loges qui sont en allant de dehors en dedans : la loge artérielle, la loge veineuse et la loge lymphatique. Pour être très séduisante et très simple, cette conception n'en est pas moins absolument inexacte. Jamais, en effet, nous n'avons trouvé de cloison entre les divers ordres de vaisseaux ; ils sont simplement séparés les uns des autres par une masse de tissu cellulo-graisseux plus ou moins abondante. Dès lors, il n'y a aucune raison pour ne pas donner le nom d'anneau crural à toute la loge vasculaire, puisqu'il ne saurait être question de loge lymphatique dont l'orifice d'entrée seul mériterait le nom d'anneau crural.

La portion interne de l'anneau crural est fermée par un mince feuillet celluleux, c'est le septum crural. On a beaucoup discuté pour savoir ce qu'est en réalité ce septum crural. Les uns prétendent que le fascia transversalis se fixe sur les vaisseaux fémoraux et spécialement sur la veine et de là se rend en dedans pour fermer l'espace réservé au passage des lymphatiques et constitue ainsi le septum crural. D'autres, et c'est ce que nos recherches semblent confirmer, admettent que c'est le fascia propria de Cooper (fascia transversalis celluleus de Richet) qui sert à occlure la portion lymphatique de l'anneau crural. En disséquant avec soin la face postérieure de la région inguino-crurale, on peut se rendre compte de cette disposition. Sur un premier plan se trouve le péritoine et au-dessous le fascia propria qui forme un diaphragme de faible résistance à la portion de l'anneau crural qui n'est pas occupée par les vaisseaux fémoraux.

Le septum crural ne résiste que fort peu à l'intestin qui tend à faire hernie vers la cuisse. Les deux tiers externes de l'anneau crural étant occupés par les vaisseaux et par les adhérences que le fascia propria contracte autour d'eux, ce n'est pas par là que pourra se produire la hernie, elle se produira au point le plus faible en dedans de la veine fémorale.

Au sortir de l'anneau crural les vaisseaux fémoraux cheminent dans une gouttière que leur forment les muscles de la cuisse : en dehors le couturier, en dedans le moyen adducteur et en arrière le pectiné. Ainsi se trouve constitué ce que Nicaise nommait la « gouttière crurale » ou « fosse ilio-pectinéale » de quelques auteurs. Mais ces muscles sont recouverts par des aponévroses, il y a donc lieu de considérer une gouttière crurale aponévrotique; or, elle est fermée en avant par d'autres formations aponévrotiques, si bien qu'il existe un espace aponévrotique fermé de toute part où cheminent les vaisseaux fémoraux, c'est le « canal crural ».

Le canal crural a la forme d'un entonnoir aplati d'avant en arrière ou plutôt d'une pyramide triangulaire. Nous pouvons lui décrire une base, un sommet, trois faces et trois bords. La base correspond à l'anneau crural, le sommet se trouve situé au point où la veine saphène interne vient se jeter dans la veine fémorale. Ce point se trouve à une distance assez variable de l'arcade crurale, mais qui est en moyenne de 5 centimètres.

Les trois faces correspondent aux trois bords de l'anneau crural; elles sont donc l'une antérieure, l'autre postérieure et la troisième externe.

Les auteurs s'accordent presque tous à admettre que la face antérieure de cet espace prismatique est formée par le fascia lata qui s'insère en haut à l'arcade crurale. La paroi

externe est formée par les aponévroses qui recouvrent les muscles qui forment la paroi externe de la gouttière crurale, c'est-à-dire, d'une part, l'aponévrose du psoas et, d'autre part, celle du couturier. Mais la gaine du couturier est formée par le dédoublement du fascia lata au niveau du bord externe de ce muscle; les deux feuillets de cette aponévrose s'unissent au niveau de son bord interne, puis se dédoublent à nouveau, tandis que le feuillet superficiel passe en avant des vaisseaux, le feuillet profond s'unit solidement au fascia iliaca et contribue ainsi avec cette aponévrose à la formation de la paroi externe du canal. La paroi postérieure est formée par les aponévroses des muscles moyen adducteur et pectiné qui s'unissent en dehors au feuillet profond du fascia lata et à la gaine du psoas.

C'est la paroi antérieure qui, des trois parois du canal, est la plus intéressante et qui seule mérite de nous arrêter un instant.

Elle est, avons-nous dit, constituée par le feuillet superficiel du fascia lata, qui passe en avant des vaisseaux fémoraux. Ce feuillet s'insère, en haut, à l'arcade crurale; en bas, il se perd peu à peu au niveau de l'abouchement de la veine saphène interne dans la veine fémorale, sur les parois de cette veine. A cette paroi antérieure du canal crural, on peut décrire deux portions : une portion externe, épaisse et résistante, qui recouvre l'artère et la veine fémorale et une portion interne amincie, criblée de nombreux orifices par lesquels passent des vaisseaux sanguins et lymphatiques, et dont le plus grand est formé par le passage de la veine saphène interne. Cette portion interne de la paroi antérieure du canal crural est le fascia cribrosa ou cribriformis et répond à la portion du canal crural qui contient les lymphatiques et en partie à la veine fémorale.

Deux opinions différentes sont en présence pour expliquer la constitution du fascia cribriformis.

Velpeau, Rüdinger, Henle le considèrent comme une portion du fascia superficialis. La majorité des auteurs, Nicaise, Paulet, Richet, Sappey et Tillaux le décrivent comme une dépendance du fascia lata. Cette opinion nous semble être la plus admissible; le fascia cribriformis est, en effet, continu de tous points avec le fascia lata.

En dehors, il se continue directement avec lui; en dedans, il s'insère sur l'aponévrose pectinéale, qui, à ce niveau, est intimement confondue avec le fascia lata. Au point de son insertion, le fascia cribriformis forme un repli saillant semi-lunaire décrit pour la première fois au commencement de ce siècle par les frères Burns et nommé repli falciforme ou ligament de Burns ou de Hey. Ce repli falciforme se détache de l'aponévrose du pectiné, passe au-dessous de l'embouchure de la saphène et va, d'autre part, se fixer sur la gaine du couturier.

Telles sont les parois du canal crural ou, du moins, les parois extérieures. En effet, entre la paroi antérieure et le vaisseau se trouve un feuillet aponévrotique qui sépare en quelque sorte le canal crural suivant une direction frontale en deux parties inégales. C'est un prolongement du fascia transversalis. Dans la partie externe de l'arcade crurale, le fascia transversalis s'insère sur son bord postérieur. Au-dessus de l'anneau crural, il contribue à former cette gouttière qui reçoit le cordon spermatique. Les avis sont partagés au sujet de savoir s'il s'arrête à l'arcade ou si, au contraire, il descend dans le canal crural.

Nous avons acquis la conviction que, dans tous les cas, le fascia transversalis, après s'être fixé à l'arcade crurale et avoir contribué à la formation du trajet inguinal, descend au-devant des vaisseaux fémoraux vers la cuisse, cloisonnant le canal crural. Il en résulte la formation d'un « espace prévasculaire » et d'un « espace vasculaire » dans le canal crural. Tous les deux ont une paroi commune qui, pour la première, est postérieure, pour l'autre, antérieure. Tous les deux ont la forme d'un entonnoir aplati d'avant en arrière : l'espace prévasculaire renferme une masse assez peu considérable de tissu cellulaire lâche.

Ce prolongement du fascia transversalis a été signalé par Cooper, Pirogoff, Linhart et Nicaise. Dans un mémoire récent, Swijasheninow parle d'un prolongement en entonnoir du fascia transversalis qui se replierait sur lui-même autour des vaisseaux fémoraux s'emboîtant dans le canal crural à la manière de deux cornets de papier engagés l'un dans l'autre.

La partie repliée s'unirait, en arrière et en dehors, très intimement aux parois du canal crural.

Nicaise admet que les vaisseaux fémoraux sont entourés d'une gaine en entonnoir particulière formée par le tendon du muscle transverse, le fascia transversalis et un feuillet spécial qu'il nomme lamelle cellulo-fibreuse réunis en une lame aponévrotique qui, partant de la face postérieure du ligament de Gimbernat, va former la paroi interne et antérieure de la gaine en entonnoir. Cet entonnoir n'a pas de parois propres.

Il est bien difficile de mettre autre chose en évidence par la dissection la plus attentive que le prolongement du fascia transversalis au-dessous de l'arcade crurale; il est particulièrement net chez le nouveau-né. En effet, en détachant le fascia lata de l'arcade crurale, on trouve, après avoir enlevé une quantité assez minime de graisse, ce prolongement qui se fixe si intimement aux parois du canal crural qu'il est impossible de voir s'il se replie sur lui-même en entonnoir ou s'il ne fait que se fusionner avec ces parois, ce qui est l'hypothèse la plus admissible et la plus simple.

Ainsi, nous concevons le canal crural comme un espace terminé en cul-de-sac au niveau de l'abouchement de la veine saphène dans la veine fémorale et dont l'orifice est représenté par l'anneau crural, c'est-à-dire toute la portion de l'espace situé entre l'arcade crurale et l'aponévrose du pectiné, comprise entre la bandelette iliopectinée et le ligament de Gimbernat. Le canal crural existe à l'état normal et n'est pas un canal pathologique, comme le veut Nicaise. Il se trouve divisé en deux portions par un prolongement du fascia transversalis, l'une antérieure renfermant du tissu cellulaire lâche, l'autre postérieure renfermant les vaisseaux fémoraux et les lymphatiques de la cuisse; c'est cette portion qui seule mérite le nom d'entonnoir fémoro-vasculaire et non pas tout le canal crural. Dès lors, dans la hernie crurale, l'intestin ne pourra pas s'étrangler au niveau du fascia cribriformis, puisqu'il répond au prolongement du fascia transversalis en avant. Il sera en rapport, en dedans, avec la paroi postéro-interne du canal crural et, en dehors, avec la veine fémorale.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Voies urinaires.

Par A. GUÉPIN.

I. — Contribution à l'étude de la néphrorraphie, par M. JEAN-BAPTISTE LAVERGNE. Th. Paris, 1895.

II. — Contribution à l'étude des lipômes du cordon spermatique, par M. GASTON SARAZIN. Th. Paris, 1895.

III. — Valeur thérapeutique de l'incision hypogastrique de la vessie, par M. ENOUARN MICHON. Th. Paris, 1895.

IV. — Les éléments figurés de l'urine dans les néphrites, par M. FRÉDÉRIC TAHIER. Th. Paris, 1895.

I. — Après avoir étudié d'une façon impartiale les indications et les contre-indications de la néphrorraphie, M L... conclut que l'opération est indiquée : quand les douleurs sont atroces et rendent la vie du malade impossible ; quand il survient ou si l'on craint des complications dangereuses ; quand il est bien constaté que le traitement médical a échoué. Il faut n'intervenir qu'à toute extrémité chez les hystériques et dans les cas de néphroptose compliqués d'entéroptose. Quel que soit le procédé opératoire suivi, il faut éviter de tomber dans l'un de ces deux écueils : *a*) récidive, *b*) altération consécutive de l'organe par multiplicité des points de suture ou décortication excessive. Dans ces conditions, la néphrorraphie est une opération bénigne et produit le plus souvent des résultats satisfaisants ; elle doit toujours être préférée à la néphrectomie si l'organe est sain et s'il peut être replacé en un point qui permet la cessation des accidents.

II. — Le lipôme du cordon est une affection relativement fréquente si l'on tient compte de l'excessive rareté des tumeurs de la région. Il siège aussi souvent à droite qu'à gauche, est presque toujours isolé, c'est-à-dire ne coïncide pas avec d'autres néoplasies analogues. Prenant naissance des éléments graisseux qui entourent les vestiges du canal vagino-péritonéal, il se développe presque insidieusement dans la plupart des cas et les troubles qu'il provoque sont surtout en rapport avec son volume ou une complication de voisinage. Le diagnostic en est souvent difficile et l'extirpation est le traitement de choix de ce genre de tumeur.

III. — Par le fait même qu'elle évacue la vessie et la met au repos, l'incision hypogastrique, d'abord employée dans le but mécanique d'extraire les calculs et d'enlever les tumeurs, à une action thérapeutique plus étendue et peut être employée pour combattre certaines complications : rétention, douleur, hématurie, infection.

L'impossibilité du cathétérisme au cours de la rétention aiguë est exceptionnelle ; le cathétérisme avec mandrin et la sonde à demeure suffisent presque toujours à obtenir la guérison. La ponction hypogastrique, si la vessie est aseptique, est inoffensive. Si on est obligé d'ouvrir la vessie, par le cathétérisme rétrograde et la reprise des sondages, on doit rechercher rapidement la fermeture de la plaie.

Le passage douloureux ou difficile de la sonde au cours de la rétention chronique peut être une indication de la fistulisation.

Contre les hémorrhagies vésicales mettant la vie du malade en danger et ayant résisté à l'évacuation des caillots et à la sonde à demeure, la taille doit être employée.

Les douleurs vésicales cessent dès que la vessie est incisée ; de l'emploi de l'incision vésicale contre les cystites rebelles. Dans les cystites à infection ordinaire, chez des individus ne présentant aucune tare, après une ouverture plus ou moins longue, la guérison complète peut être obtenue. Au contraire, si on est en présence d'un prostatique, d'un néoplasique ou d'un tuberculeux, le traitement ne sera le plus souvent que symptomatique, la douleur ne cessant que si la fistulisation persiste.

La sonde à demeure chez plus des trois quarts des malades, suffit à combattre les phénomènes d'infection urinaire, soit d'origine vésicale, soit d'origine urétbrale. La cystostomie doit être réservée aux cas où la sonde a échoué, soit par le fait de l'intensité de l'infection, soit à cause des lésions périvésicales et à ceux où la sonde devient nuisible (infiltration d'urine périnéale, frisson à chaque tentative de changement de sonde).

Dans les infections aiguës, elle ne sera aussi faite que dans des conditions graves, elle permettra cependant de sauver quelques malades. Dans les infections chroniques, même lorsqu'il y a infection post-opératoire, on voit le plus souvent, malgré la perméabilité de la fistule, tous les accidents reparaître lorsque les malades sont livrés à eux-mêmes.

Il n'y a pas de procédé permettant d'obtenir avec certitude une ouverture vésicale sus-pubienne fonctionnant bien ; il faut donc restreindre autant que possible la cystostomie permanente ; la douleur intense, vésicale ou urétbrale, les cathétérismes difficiles et s'accompagnant de fièvre urineuse au cours de rétention chronique, en sont les deux seules indications. Elle ne donnera encore des résultats satisfaisants que chez les malades soigneux et propres.

IV. — Les cylindres urinaires sont surtout fréquents dans les néphrites aiguës, subaiguës, et dans la néphrite chronique évoluant vers le gros rein blanc. Ils existent aussi dans les empoisonnements (cantharides, acides) et dans l'hémoglobinurie paroxystique a frigore. Leur présence dans l'urine coïncide habituellement, mais pas toujours, avec celle de l'albumine. Dans la néphrite chronique interstitielle évoluant vers le petit rein rouge contracté, on ne rencontre jamais de cylindres. Si on a rencontré ces éléments dans quelques cas de sclérose rénale, c'est qu'il s'agissait de reins mixtes, intermédiaires. Dans les néphrites, on trouve en outre des cylindres, des globules rouges, des cellules lymphatiques, de l'épithélium rénal. Les cylindres urinaires ont une pathogénie complexe peu connue. Leur valeur diagnostique et pronostique est certaine dans la majorité des cas ; mais on devra toujours s'entourer des renseignements cliniques.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 13 novembre. — Présidence de M. THÉOPHILE ANGER.

Traitement des anévrysmes artériels. — Ligature. — Extirpation.

M. Reclus lit une observation adressée à la Société par **M. Heurtaud** (de Nantes) et qui a pour titre : *Anévrysme multilobulé de l'artère fémorale, dissection du sac, résection d'un segment de l'artère de sept centimètres et d'un segment de la veine de quatorze centimètres. Guérison.*

Dans cette observation, deux points saillent : *a*) l'âge de la malade (elle n'avait que 11 ans) ; *b*) l'hémorrhagie venue du sac, au cours de l'opération, hémorrhagie qui était due à la richesse des collatérales et qui n'a pu être arrêtée que par la compression directe de l'aorte abdominale.

Enfin, la conclusion de M. Heurtaud est à retenir : *l'extirpation est le procédé de choix dans le traitement des anévrysmes des membres.*

L'observation de M. Heurtaud et surtout la conclusion de ce chirurgien ont été le point de départ de la discussion suivante :

M. Quénu. — L'observation de M. Heurtaud me fait un devoir de vous donner des renseignements sur l'état de santé de ce malade dont je vous ai parlé l'an dernier, auquel j'ai enlevé, *par l'extirpation*, deux anévrysmes : l'un de l'iliaque externe droite, l'autre de la fémorale gauche. C'est l'observation de ce malade que j'ai présentée à l'Académie de médecine et sur laquelle M. Le Dentu a bien voulu faire un rapport. Mon malade continue à se bien porter et à exercer sa profession de clown au Nouveau-Cirque.

Ce succès me donne donc le droit de souscrire à l'opinion de M. Heurtaud et de conclure avec lui que l'extirpation est le procédé de choix dans le traitement des anévrysmes des membres.

Cependant, je veux y ajouter le correctif suivant : avant de pratiquer l'extirpation de l'anévrysme, il faut être sûr qu'il n'existe pas d'autres dilatations anévrysmales en amont de l'anévrysme que l'on veut extirper. Voici pourquoi : la ligature de l'artère au-dessus de l'anévrysme entraîne une augmentation de la pression artérielle au-dessus de ce point. Or, cette augmentation de pression favorise, à coup sûr, la rupture des autres anévrysmes qui peuvent exister en amont de l'anévrysme du membre.

J'ai été témoin, cette année, d'un fait de ce genre. Un malade de mon service présentait un anévrysme fémoral qui paraissait très facilement extirpable. De fait, l'extirpation en fut très facile. Après l'opération tout alla bien. Mais, tout à coup, le malade s'affaiblit rapidement, devint pâle et froid et il mourut en présentant des phénomènes de shock. L'autopsie de ce malade, pratiquée par mon interne M. Baudet, démontra qu'il existait au-dessus de l'anévrysme fémoral, dans la fosse iliaque interne et dans le petit bassin, une série d'autres anévrysmes de dilatations artérielles sur les diverses branches de l'hypogastrique. Elle démontra, de plus, que l'un de ces anévrysmes s'était rompu probablement entre le deuxième et le cinquième jour après l'opération. Et, c'est cette rupture qui avait déterminé les accidents suivis de mort dont je vous ai parlé plus haut.

Donc, pour ma part, je reste partisan de l'extirpation comme procédé de choix dans le traitement des anévrysmes des membres ; mais le cas que je viens de vous raconter m'engagera désormais à ne pas faire cette extirpation avant de m'être assuré, autant que possible, qu'il n'existe pas, en amont, d'autres dilatations artérielles.

M. Kirmisson. — Je demande la permission de vous rappeler le petit malade, ici présenté, que j'ai guéri d'un anévrysme du creux poplité par la simple ligature. Je vous rappelle ce fait pour vous dire que je ne crois pas que l'extirpation de la poche anévrysmale soit absolument une règle invariable à suivre.

Selon moi, il y a des indications multiples pour l'extirpation, mais il y en a d'autres pour la simple ligature. Or, le cas de M. Heurtaud me paraît avoir été plutôt du domaine de la ligature. Songez, en effet, que M. Heurtaud a dû lutter, pendant son opération, contre une hémorrhagie du sac qui l'a presque obligé à pratiquer la désarticulation de la hanche. Je ne crois donc pas qu'il faille, à l'aveugle, pratiquer l'extirpation. C'est assez de la réserver pour les cas où il y a des adhérences du sac anévrysmal avec les parties voisines, cas dans lesquels l'extirpation devient un *procédé de nécessité*. Partout ailleurs, la ligature suffit.

M. Schwartz. — Je demande la parole pour appuyer la déclaration de M. Kirmisson. J'ai récemment guéri, par la ligature, deux cas d'anévrysmes poplités : l'un, par la ligature de la fémorale dans le canal de Hunter (procédé de Hunter), c'était un anévrysme poplité supérieur ; l'autre, par la ligature de la poplitée, c'était un anévrysme poplité inférieur. Cela ne veut pas dire que je sois opposé à l'extirpation des anévrysmes des membres. Mais je crois que s'il y a un *procédé de choix* dans le traitement des anévrysmes des membres, c'est la ligature, et que l'extirpation, comme le dit M. Kirmisson, ne vient ensuite que comme *procédé de nécessité*.

M. Marchand. — J'ai, moi aussi, deux cas d'anévrysmes qui ont parfaitement guéri par simple ligature : l'un était un anévrysme de l'iliaque externe ; l'autre, de la poplitée.

M. Quénu. — Nous avons tous guéri des anévrysmes des membres par la ligature. Mais, parce que nous avons tous quelques cas à notre actif, cela ne veut pas dire que nous ayons le droit de trancher aujourd'hui la question de la priorité entre la ligature et l'extirpation.

Il nous est simplement permis d'avoir une opinion : la mienne, c'est qu'il faut renverser les termes prononcés par M. Schwartz et dire : l'extirpation est le *procédé de choix*, la ligature le *procédé de nécessité*. En effet, quand est-ce que la ligature devient nécessaire ? C'est précisément lorsque les adhérences du sac avec les parties voisines s'opposent à l'extirpation. A ce point de vue, donc, je ne suis pas du tout de l'avis de M. Kirmisson.

Il me semble, enfin, que, pour être précis sur cette question de la méthode du traitement des anévrysmes, il faudrait, avant tout, la discuter avec des arguments sérieux et être bien fixé sur le fait de savoir si la gangrène, qui est le principal accident de ce traitement, se montre plus après la ligature qu'après l'extirpation. Or, des statistiques si complètes de M. Delbet et des recherches personnelles que j'ai dû faire, l'an dernier, au sujet du malade présenté à l'Académie de médecine, il résulterait que les accidents de gangrène sont plus fréquents à la suite de la ligature. Cette fréquence est facile à expliquer, puisque les caillots, qui sont la cause de la gangrène dans le traitement des anévrysmes, n'ont plus lieu d'exister après l'extirpation du sac qui les contenait.

M. Lucas-Championnière. — La discussion qui nous occupe actuellement est une discussion annuelle. Mais peu importe.

Je veux simplement vous faire remarquer que nous n'avons pas plus de raisons pour adopter l'extirpation que pour adopter la ligature. Ce sont là deux méthodes qui ont fait de grands progrès à notre époque et ne sont plus susceptibles d'entraîner les nombreux insuccès qu'elles causaient antrefois. Voilà donc qui est entendu.

Aussi, permettez-moi de trouver bizarre que nous en soyons à nous demander aujourd'hui s'il convient de ne faire que la ligature ou bien que l'extirpation. Mais cela dépend de beaucoup de choses. Il n'y a pas, à proprement parler, de méthode de choix. Il faut se comporter suivant le cas. Ici, tout sera en faveur de l'extirpation ; là, au contraire, c'est la ligature qui sera indiquée. Dans beaucoup de cas, enfin, on ne pourra établir à l'avance le procédé à suivre et l'on commencera, avec l'idée de faire une ligature, une intervention qui se terminera par l'extirpation.

M. Kirmisson. — C'est précisément parce que je professe l'opinion que vient de nous exprimer M. Lucas-Championnière, que je proteste, de nouveau, contre la conclusion de l'observation de M. Heurtaud.

Chirurgie du poumon.

(Suite de la discussion).

M. Tuffier. — Au sujet de la discussion sur la chirurgie du poumon, je voudrais vous communiquer : *a*) des faits cliniques, *b*) certains points de médecine opératoire.

1° Mes faits cliniques consistent en trois cas d'hémothorax observés à la suite de plaie pénétrante de poitrine par balle de revolver. Dans chacun de ces cas, il y a eu, quelques jours après l'accident, un état fébrile pouvant faire croire à une suppuration du foyer.

Néanmoins, ces trois hémothorax ont guéri par résorption du sang épanché, sans qu'il ait été besoin d'intervenir. Mais voici quelques détails qui compléteront l'histoire clinique de chacun de ces faits

Il s'agit en premier lieu d'un étudiant en droit, âgé de 20 ans, qui m'a été présenté avec un hémothorax gauche, résultat d'une plaie pénétrante de poitrine par balle de revolver. Tout d'abord, simple pansement occlusif, sans suture. Le troisième jour après l'accident, accès de fièvre chez mon malade, et je suis tenté de croire qu'il y a un pyopneumothorax. Je fais donc une ponction exploratrice avec l'appareil de Dieulafoy. Je retire à peine quelques gouttes d'un liquide qui, examiné et cultivé, s'est montré totalement aseptique. Finalement, quelques jours plus tard, mon malade guérissait sans intervention.

Ma seconde observation concerne une jeune femme de 18 ans, atteinte d'une plaie pénétrante de poitrine au niveau du quatrième espace intercostal droit. Comme chez l'étudiant en droit, il se produit ici un hémothorax. Le sixième jour après son accident, cette femme présente une température qui atteint 38° 6 et 39° 4.

Néanmoins, cette fois-ci, instruit par le cas précédent, je ne fais rien ; je ne fais même pas de ponction exploratrice. Cette fièvre a duré quatre jours. Ma malade a guéri ensuite d'une façon complète.

Enfin, mon troisième cas a trait à un étudiant de 19 ans blessé à la poitrine par une balle de revolver et atteint d'hémothorax. Au 8e jour, ascension thermique ; au 12e jour, la température tombe et la guérison a lieu.

Au résumé, voilà donc trois cas d'hémothorax abondant pendant lesquels les malades ont eu des poussées de fièvre pouvant faire soupçonner l'infection de l'épanchement. Néanmoins, ces trois malades ont guéri sans intervention.

Je ne veux pas en conclure qu'il ne faut jamais ouvrir les hémothorax. Mais je conclus que ces trois faits, rigoureusement observés, obligent à une conduite prudente, en pareil cas, et qu'il est bon de faire une ponction exploratrice de la plèvre et d'examiner le liquide retiré avant de faire une intervention plus importante.

2° Au point de vue de la médecine opératoire dans la chirurgie du poumon, je veux revenir, devant vous, sur un chapitre dont je vous ai déjà entretenu : le *décollement de la plèvre pariétale* dans les interventions sur le poumon (pleurotomie, pneumotomie, pneumectomie).

Et d'abord, on a coutume de faire la pleurotomie en un seul temps; je crois que la faire en deux temps vaudrait mieux. A ce sujet, j'ai cinq observations à vous citer, mais je me bornerai à vous détailler ma dernière opération :

Mon collègue de la maison de santé, M. Roger, m'a fait appeler ces derniers temps auprès d'un malade de son service atteint d'abcès gangréneux du poumon, en me priant d'intervenir si je jugeais la chose possible. Vendredi dernier, après avoir fait préciser sur la paroi thoracique le point où l'on voulait faire porter l'incision, je suis intervenu de la façon suivante : j'ai incisé au niveau du huitième espace intercostal jusqu'à la plèvre pariétale, puis j'ai dénudé la plèvre; cette dénudation a été très facile. J'ai pu ainsi isoler tout l'espace intercostal. Cette dénudation de la plèvre pariétale m'a permis de *palper*, pour ainsi dire, le poumon sous-jacent. J'ai vu qu'il se mouvait très bien à ce niveau et j'en ai conclu que là n'était pas le point malade du parenchyme pulmonaire, ni le point où devait porter l'incision de la plèvre. Alors, je réséquai la huitième côte je décollai la plèvre à son niveau, je la décollai plus haut encore sur une largeur de main, et bien m'en prit, car j'arrivai ainsi, toujours par le *palper* du poumon, sur une zône de parenchyme malade où siégeait l'abcès gangréneux, source d'infection pour le malade.

En somme, ce décollement de la plèvre pariétale, en me permettant, je le répète, de palper le poumon, m'avait empêché, par le pneumothorax consécutif, de supprimer une grande partie du poumon à l'hématose.

J'ai, dès lors, établi un appareil protecteur de la plèvre avec de la gaze iodoformée, comme dans les cas de laparotomie, pour salpingites suppurées; puis, j'ai incisé, évacué, drainé et bourré de gaze iodoformée la caverne gangréneuse du poumon. Jusqu'ici, les suites opératoires ont été bonnes.

C'est donc, spécialement, au sujet de cette opération que je veux insister sur cette manœuvre opératoire du décollement pleural pariétal.

J'ai dit que la libération de la plèvre pariétale avait été très facile pendant mon opération. Quelquefois, cette libération est plus difficile à cause des fibres musculaires qui prennent insertion sur la plèvre.

Dans mon cas les fibres se sont détachées facilement. Elles ont coutume de se détacher ainsi sur le vivant et sur le cadavre frais; je puis le certifier après les nombreuses expériences que j'ai répétées avec mon interne M. Desfos.

La libération se fait avec la même facilité dans les régions latérales et même au sommet de la plèvre pariétale, au niveau de cet appareil suspenseur de la plèvre si bien décrit par M. Sebileau.

Enfin, la plèvre adhère toutefois davantage au niveau du bord supérieur et du bord inférieur de chaque côte et de chaque cartilage costal. Elle adhère aussi un peu plus en arrière qu'en avant.

Je conclurai donc ainsi :

Dans la pleurotomie, on pourra, par le décollement de la plèvre pariétale, créer un moyen d'exploration préventive qui permettra d'éviter des traumatismes graves du poumon et mettra le sujet opéré dans des conditions meilleures de résistance à l'intervention.

M. Michaux. — Dans cette question de la chirurgie du poumon il y a, non pas une seule solution, mais, comme partout, des indications variables.

A mon avis, trois circonstances différentes peuvent se montrer :

a) Le blessé présente un épanchement de sang abondant, la mort est immédiate.

b) Le blessé présente un épanchement moyen accompagné d'accidents graves (gêne, suffocation, etc.). C'est dans ces cas qu'il faut faire, selon moi, l'intervention immédiate dans les quinze ou vingt premières heures. Aussi, convient-il, alors, de suivre son malade pas à pas et d'opérer dès qu'on juge que cela devient nécessaire. La température n'est évidemment pas une des indications de l'opération. Les preuves cliniques exposées par M. Tuffier en sont la preuve. Pour moi, cette fièvre peut être due à une pneumonie traumatique consécutive à l'accident. Ce sont là des faits que nous ne connaissons cependant pas très bien. Mais je crois pouvoir présumer que telle a été la cause de la fièvre dans les cas de M. Tuffier.

c) Le blessé peut enfin présenter un épanchement qui s'infecte tardivement. C'est là une indication, non plus immédiate, mais éloignée de l'intervention.

Le point de médecine opératoire signalé par M. Tuffier rendra service pour les cas d'adhérences du poumon à la plèvre pariétale. Mais il sera inutile toutes les fois qu'il faudra arrêter, par exemple, une hémorrhagie du poumon. Dans ces cas, c'est à l'incision large de la plèvre qu'il faudra avoir recours, comme le conseille M. Delorme, afin de pouvoir pincer directement le poumon. Peu importe alors que la fonction de l'hématose soit supprimée dans le poumon lésé.

M. Delorme. — Mes observations au cours d'opérations et mes recherches anatomiques sur le cadavre, au sujet du décollement de la plèvre pariétale, sont absolument d'accord avec ce que vient de nous dire M. Tuffier. Il n'est peut-être pas très facile, mais il est facile de décoller la plèvre. Celle-ci adhère, enfin, davantage au niveau du bord externe du triangulaire du sternum.

M. Lucas-Championnière. — J'ai eu du plaisir à écouter les remarques de M. Tuffier. Elles sont intéressantes, non par la nouveauté de leur sujet (les faits de ce genre sont connus de nous tous) mais par leur caractère d'exactitude et de parfaite observation.

Il était bon, d'autre part, de dire ici qu'il faut laisser au repos simple les hémothorax consécutifs aux plaies pénétrantes de poi-

trine. De nos jours, en effet, on semble avoir une certaine tendance à ouvrir la plèvre à la moindre trace d'hémothorax. C'est très souvent là, du moins, l'idée première de quelques-uns de nos internes.

Or, la première indication dans des accidents de ce genre, c'est d'immobiliser le malade. L'immobilisation limite l'hémorrhagie, elle évite la suffocation et la dyspnée. Voilà ce qu'il faut bien savoir et nous devons remercier M. Tuffier de l'avoir dit d'une façon si nette et si vraie.

M. Quénu. — La discussion me paraît avoir considérablement dévié. C'est M. Reynier qui a mis sur le tapis la question de la chirurgie du poumon avec une observation d'épanchement sans plaie extérieure.

Puis, moi-même, j'ai fait dévier la discussion en disant les conditions qui me guidaient pour l'intervention. Mais, aujourd'hui, M. Tuffier l'a fait dévier plus encore.

Quant à moi, je veux rester, aujourd'hui, dans les limites de ce que j'ai dit : l'intervention dans les plaies du poumon doit être commandée non par la température, mais par les deux faits que voici :

a) Examen du liquide ;

b) Reproduction du liquide avec affaiblissemant progressif du malade.

En somme, c'est là une opinion, non une règle.

La discusion est renvoyée à la prochaine séance.

Traitement du cancer du rectum.

M. Baudier (de Lille) envoie, à la Société, un travail dont M. Quénu est nommé rapporteur.

M. Bazy annonce à la Société qu'il a reçu une observation de cystotomie pour hématurie vésicale grave. M. Bazy, déjà chargé d'un rapport sur une observation semblable, joindra la critique de cette dernière observation à son travail.

M. Routier présente un appendice cæcal anciennement perforé et qu'il a récemment réséqué. Il ajoute qu'il continue d'être éclectique dans le traitement de l'appendicite, réséquant dans certains cas l'appendice, se contentant d'ouvrir l'abcès et de le drainer dans d'autres.

Une commission est nommée pour le classement des candidats au titre de membre titulaire de la Société de Chirurgie. Elle est composée de : MM. Monod, Jalaguier, Poirier.

Petit.

Erratum. — Lire, dans le compte rendu de l'avant-dernière séance (Voir *Gazette médicale* du 9 novembre), le nom de **M. Maurange** qui est l'auteur de l'observation de cystostomie sus-pubienne sur laquelle M. Picqué a lu un rapport.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 12 novembre.

De la cure d'air dans le traitement de la tuberculose pulmonaire chez les enfants.

M. Blache lit sur ce sujet un travail dans lequel il expose les résultats de ce mode de traitement à l'hôpital d'Ormesson, où ne sont reçus que des enfants tuberculeux. Sur un ensemble de 438 malades, le chiffre des guérisons a été de 42.7 0/0, celui des améliorations de 40.2 0/0 ; 8 0/0 des malades ont vu leur état rester stationnaire ; 4.59 0/0 sont devenus cachectiques et 3.44 0/0 sont morts.

M. Rochard donne lecture d'un rapport sur un mémoire de M. Fontan (de Toulon) relatif à la méthode de curettage dans le traitement des grands abcès du foie.

La séance est levée.

J. P.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 8 novembre.

Sur un cas de néphrite typhique à bacille d'Eberth.

MM. Rendu et **Eug. Bodin.** — Deux opinions sont en présence sur la pathogénie de la néphrite typhique. Les uns l'attribuent au bacille d'Eberth, éliminé par la voie rénale ; mais Seitz et Ribbert, en Allemagne, Widal et Chantemesse, en France, n'ont jamais pu constater sa présence dans les reins. Aussi a-t-on imaginé une autre interprétation pour expliquer cette néphrite. Ce seraient les microcoques pyogènes et les innombrables microbes, pullulant dans l'intestin des typhiques, qui donneraient lieu, soit par leurs toxines, soit par leur élimination à travers le rein, à la néphrite secondaire.

Les deux opinions ont une part de vérité et la néphrite typhique n'est pas univoque. Nous rapportons un cas net de néphrite à bacille d'Eberth.

Il s'agit d'une femme de vingt ans entrée avec une fièvre typhoïde hyperthermique. On constata, quelques jours après l'entrée de la malade, sur les membres et le tronc des taches érythémateuses d'aspect framboisé, qu'on attribua d'abord à l'administration de deux grammes d'antipyrine. Mais cette éruption persista et s'accompagna bientôt de phénomènes urémiques très nets. Les urines étaient rares et fortement albumineuses. Les bains froids, administrés méthodiquement, n'eurent aucune action sur la température, qui s'éleva, malgré eux, à 40° et 41°. Vers la fin, la température tomba à 38° et s'y maintint, accompagnée alors de symptômes urémiques graves : anurie, vomissements incoercibles, hoquet. La malade mourut au quinzième jour de sa fièvre typhoïde.

A l'autopsie, en dehors des lésions classiques de la fièvre typhoïde, on trouva des lésions rénales très marquées. Les reins n'étaient pas très gros, mais très congestionnés. Histologiquement, on trouva une néphrite épithéliale (tuméfaction trouble des cellules, etc.). Sur des coupes colorées par la thionine, on constata la présence de nombreux bacilles d'Eberth, dont la disposition offrait deux caractères importants :

1° Ils étaient exclusivement limités au calibre des tubes et ne se retrouvaient pas dans le tissu interstitiel du rein.

2° Les amas bacillaires siégeaient au niveau des tubuli contorti et aussi, mais en moins grand nombre, dans les anses descendantes et ascendantes de Henle.

Les glomérules étaient indemnes de bacilles, de même que les vaisseaux du rein.

M. Enriquez, dans sa thèse, rapporte un cas de néphrite à bacille d'Eberth avec planche ; on voit que les bacilles y sont tout autrement disposés ; ils y occupent uniquement le tissu conjonctif interstitiel. Cette disposition avait paru d'autant plus caractéristique à M. Enriquez qu'elle était en désaccord avec la façon dont se comportent les autres néphrites microbiennes. Le pneumocoque, le staphylocoque s'accumulent de préférence au niveau des vaisseaux glomérulaires et des tubes contournés.

Notre cas montre que cette loi anatomo-pathologique s'applique également à la fièvre typhoïde. On peut se demander si M. Enriquez n'a pas confondu avec le bacille d'Eberth le colibacille, qui se diffuse si facilement dans le tissu conjonctif après la mort.

Au point de vue clinique, la marche rapide de l'affection, les accidents observés sont en rapport avec la néphrite.

M. Hanot a signalé depuis longtemps des cas d'éruptions miliaires et d'érythèmes plus ou moins étendus survenant chez des typhiques atteints de lésions rénales.

L'érythème observé chez notre malade doit être du même ordre. En tous cas l'antipyrine, si elle peut être mise en cause, a été singulièrement favorisée par l'état du rein. L'influence de l'urémie sur l'abaissement de température des derniers jours est également très net.

On peut se demander enfin s'il n'y a pas dans la néphrite typhi-

que nne contre-indication au bain froid, qui, dans ce cas, n'a pu abaisser la température, qui en a semblé, au contraire, exacerbée.

M. Chauffard fait quelques réserves. Il est très difficile, à l'heure actuelle, de distinguer le bacille d'Eberth du coli bacille. Néanmoins on peut invoquer, en faveur de l'origine Eberthienne de la néphrite, la précocité des accidents, plus tardifs quand il s'agit d'infection secondaire.

Il est d'avis, dans les cas d'hypertbermie tenace, de multiplier les bains froids, en abaissant la température à 16 et 18 degrés.

M. Merklen. — Dans un cas observé avec mon interne, M. Bodin, une femme entrée au septième jour eut pendant quinze jours de l'hématurie. L'urine examinée chaque jour contenait le bacille d'Eberth, reconnu par les moyens les plus rigoureux. Quand l'hématurie disparut, on ne retrouva plus le bacille d'Eberth. On sait, d'ailleurs, qu'il est bémorrhagipare (pleurésie hémorrhagique à bacille d'Eberth).

M. Hanot. — Un fait surprenant dans le cas de M. Rendu, c'est que le rein n'était pas gros. Dans ces néphrites infectieuses de la fièvre typhoïde, il est généralement énorme. J'en ai observé une série en 1876 dans le service de Lasègue. C'étaient de gros reins blancs ayant 3 ou 4 fois le volume normal; on aurait dit le rein d'une intoxication phosphorée. Tous les malades atteints de cette néphrite toxique succombèrent, malgré la méthode de Brandt que j'appliquai à cette époque rigoureusement. Dans ces cas, la température montait malgré les bains.

On nota dans ces cas des plaques érythémateuses et l'antipyrine n'était pas en cause. Je trouvai même au niveau de ces éruptions (sndamina) des bacilles dont la nature resta d'ailleurs inconnue.

M. Hayem. — Dans les néphrites infectieuses typhiques, on trouve le rein très gros et blanc ou encore congestionné avec des taches pâles, cela même lorsque la mort a été rapide.

Digestion gastrique après la gastro-entérostomie.

M. Hayem rapporte deux cas où l'examen du chimisme stomacal a pu être fait après cette opération pratiquée, dans le premier cas, chez une femme de 70 ans atteinte de cancer du pylore, et, dans le second, chez un sculpteur de 50 ans atteint de gastrite toxique (ingestion de chlorure de zinc) et de rétrécissement pylorique consécutif. On pouvait extraire du liquide avec la sonde, 90 minutes après le repas d'épreuve. L'estomac pouvait donc garder assez longtemps les aliments ingérés.

De la médication thyroïdienne dans le goître vulgaire.

M. Marie communique l'observation d'une jeune fille de dix-neuf ans, atteinte d'un goître simple ayant débuté cinq ans auparavant et qui, le 14 septembre dernier, avait atteint la dimension d'une orange ordinaire. Ancun trouble respiratoire ni circulatoire. Santé parfaite, en un mot. On la soumit à l'ingestion de deux tablettes de corps thyroïde de mouton par jour, ce qui représente nne dose très faible. Or, cinq jonrs après le début de ce traitement, c'est-à-dire après dix tablettes, le goître avait déjà diminué sensiblement de volume.

Après douze jours, le diamètre transverse, au niveau des clavicules, avait passé de 80 millimètres à 45, le diamètre transverse maximum de 90 millimètres à 55 et le diamètre vertical de 55 millimètres à 40.

Les accidents de thyroïdisme ne se montrèrent que tardivement et sous une forme très atténuée, contrairement à ce qui s'observe chez les myxœdémateux soumis à l'ingestion thyroïdienne.

« Quelque surprenante que soit cette rapidité d'action, ajoute M. Marie, il n'y a cependant pas lieu de la mettre en doute et de la considérer comme fortuite, car Bruns insiste avec raison sur cette particularité des effets rapides de la médication thyroïdienne dans le goître simple, et reconnaît que, d'une façon générale, ceux-ci sont déjà très nets dès les huit premiers jours. Or, les conclusions de cet auteur ont porté sur soixante goîtres simples et lui ont donné quatorze guérisons, vingt améliorations très marquées et neuf améliorations notables.

» Il est bon d'ajouter que si, chez ma malade, les résultats ont été aussi satisfaisants, c'est qu'elle réunissait toutes les conditions indiquées par Bruns, c'est-à-dire : goître de *volume modéré, d'origine récente, chez un sujet jeune.* »

M. Rendu. — Je demanderai à M. Marie s'il y a eu amaigrissement de la malade à la suite du traitement. J'ai, en effet, l'an dernier, administré pendant deux mois des tablettes thyroïdiennes à une jeune fille de quinze ans, très obèse — elle pesait plus de 100 kilos — en vue de la faire maigrir. Le régime a été excellent En un an, cette jeune personne a maigri de 33 kilogrammes, sans aucun trouble de la santé générale.

M. Marie. — Ma malade a perdu seulement trois livres. Les cas d'adipose excessive et précoce, comme celui de M. Rendu, correspondent probablement à une entité morbide spéciale. Quoi qu'il en soit, on a publié en Allemagne un assez grand nombre d'observations dans lesquelles la médication thyroïdienne a agi efficacement sur l'obésité.

Trois cas d'acromégalie traités par les tablettes de corps pituitaire.

M. Marinesco, partant de cette donnée que la glande pituitaire est constamment hypertrophiée et altérée dans l'acromégalie, a donné à trois sujets atteints de cette affection du corps pituitaire en tablettes. Dans les trois cas, il y a eu des modifications avantageuses : diminution ou disparition de la céphalalgie et des douleurs pseudo-névralgiques des membres; facilité un peu plus grande des mouvements; accroissement de la diurèse; mais il n'y a eu aucune diminution de volume des extrémités malades.

M. Marinesco pense que le traitement a exercé une action élective sur la tumeur pituitaire, ou bien sur la circulation intra-crânienne.

H. MÉRY.

ACTES DE LA FACULTÉ

DU 18 AU 23 NOVEMBRE 1895

EXAMENS DE DOCTORAT

LUNDI 18 NOVEMBRE, à 1 heure. — 2e Oral (1re partie) : MM. Ch. Richet, Retterer, Sebileau. — 3e Oral (1re partie) : MM. Pinard, Reclus, Walther. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu : MM. Terrier, Ricard, Broca. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu : MM. Hayem, Straus, Wurtz.

MARDI 19 NOVEMBRE, à 1 heure. — 2e Oral (1re partie) : MM. Farabeuf, Charrin, Thiéry. — 3e (2e partie) : MM. Debove, Raymond, Achard. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité (1re série) : MM. Guyon, Le Dentu, Hartmann. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité (2e série) : MM. Panas, Duplay, Nélaton.

MERCREDI 20 NOVEMBRE, à 1 heure. — *Médecine opératoire, épreuve pratique* : MM. Terrier, Delbet, Poirier. — 2e (2e partie) : MM. Ch. Richet, Weiss, André.

JEUDI 21 NOVEMBRE, à 1 heure. — 2e Oral (1re partie) : MM. Farabeuf, Mathias-Duval, Gley. — 3e Oral (1re partie) : MM. Berger, Bar, Thiéry. — 4e : MM. Proust, Gilbert, Thoinot.

VENDREDI 22 NOVEMBRE, à 1 heure. — 4e : MM. Pouchet, Landouzy, Netter. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité : MM. Tillaux, Tuffier, Walther. — 5e (2e partie), Charité : MM. Potain, Gilles de la Tourette, Wurtz.

SAMEDI 23 NOVEMBRE, à 1 heure. — 2e (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Chassevant, Gley. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Duplay, Berger, Nélaton. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Panas, Albarran, Hartmann. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu : MM. Laboulbène, Joffroy, Ménétrier. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique d'Accouchements, rue d'Assas : MM. Bar, Maygrier, Bonnaire.

EXAMENS DE CHIRURGIEN-DENTISTE

MERCREDI 20 NOVEMBRE, à 1 heure. — 1er : MM. Reclus, Retterer, Sebileau.

VENDREDI 22 NOVEMBRE, à 1 heure. — 1er : MM. Ch. Richet, Sebileau, Broca.

SAMEDI 23 NOVEMBRE, à 1 heure. — 1er : MM. Cornil, Poirier, Thiéry

66e Année. 9e Série. Tome II — N° 47 — 23 Novembre 1895

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : **Dr F. de RANSE** — *Rédacteur en chef :* **Dr Pierre SEBILEAU**

Secrétaire de la Rédaction : **M. Em. EMERY**

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 28, rue Vignon

TRAVAUX ORIGINAUX

SERVICE DU PROFESSEUR LE DENTU

Métrorrhagies et lésions vasculaires de l'utérus,

Par R. Pichevin et Auguste Pettit.

Les efforts les plus sérieux ont été faits dans ces dernières années pour élucider la pathogénie de certaines hémorrhagies utérines. Ce n'est pas le lieu d'énumérer toutes les causes qui ont été invoquées pour expliquer les pertes plus ou moins considérables de sang qui se font au niveau de la muqueuse utérine.

Dans quelques cas, force est de reconnaître que l'hémorrhagie est sous la dépendance de lésions ovariennes. Brennecke a décrit, il y a déjà assez longtemps, la « metritis hyperplastica ovarialis », et, tout dernièrement encore, le professeur Olshausen insistait sur ces hémorrhagies utérines qui résistent au curage et qui sont d'origine ovarienne.

Sans doute, on doit admettre cette pathogénie pour expliquer un nombre peut-être assez grand de métrorrhagies. Mais il ne faudrait pas trop généraliser cette conception. L'examen microscopique de l'utérus révèle parfois des lésions vasculaires assez notables pour donner la clé des hémorrhagies profuses qui se font à la surface externe de la matrice.

Voici le fait que nous avons observé :

T..., 41 ans, sans antécédents héréditaires, a eu en 1883 une fièvre typhoïde, qui semble avoir joué un certain rôle dans la maladie utérine dont cette femme est atteinte.

La menstruation a débuté à l'âge de 11 ans. Les règles, tout d'abord irrégulières, apparaissent toutes les six semaines, tous les deux mois, et durent trois ou quatre jours. T... se marie à 19 ans. La menstruation revient à époque fixe et dure huit jours. La malade a eu cinq accouchements qui ne présentent rien de particulier à signaler, si ce n'est l'apparition d'une leucorrhée qui, discrète après la première couche, il y a dix-sept ans, augmente d'intensité à la suite de chaque accouchement.

En 1883, la malade eut une fièvre typhoïde et, après la guérison de cette maladie, des pertes hémorrhagiques très abondantes. Malgré ces pertes de sang, cette femme eut, en 1884, une bonne grossesse et un accouchement normal. La menstruation devint alors très irrégulière. Les métrorrhagies très abondantes durèrent quinze jours et ne laissèrent que deux semaines de répit à la malade.

Après une nouvelle couche en 1885, la menstruation devient régulière et n'a qu'une durée de huit jours. La leucorrhée persiste et est abondante. L'état reste le même jusqu'en 1887. Une grossesse, avec pertes de sang pendant les quatre premiers mois, survient à ce moment et est suivie, après les suites de couches, de métrorrhagies très marquées. Les époques furent régulières, presque normales en 1889. Le leucorrhée n'avait pas diminué. Mais, en 1890, les troubles menstruels apparaissent encore et sont plus accentués. Les hémorrhagies utérines durent plusieurs semaines de suite et, dans un cas, ne s'arrêtent pas pendant trois mois. L'irrégularité des périodes cataméniales, l'abondance et la longue durée des hémorrhagies restent les mêmes, à quelques nuances près, jusqu'au 13 avril 1891. Une perte de sang commence à cette date et ne s'arrête qu'au 28 octobre 1891, c'est-à-dire pendant six mois et demi environ.

Un curage utérin est pratiqué à la Maternité le 1er novembre 1891. A l'époque menstruelle qui suit l'opération, il y eut une perte assez abondante de sang. Cependant une amélioration est constatée dans l'état de la menstruation qui est à peu près régulière jusqu'au mois de novembre 1892, c'est-à-dire pendant près d'un an. Mais de nouvelles métrorrhagies forcent la malade à un repos de deux mois. Cette femme se rétablit, recommence à travailler et, somme toute, elle n'a pas trop à se plaindre de l'état de sa menstruation jusqu'en juillet 1894. Mais, à cette époque, une hémorrhagie utérine abondante et prolongée survint au grand désespoir de la malade. Le mois suivant, elle eut une nouvelle et profuse métrorrhagie et les pertes continuent du mois d'août jusqu'en novembre 1894. A ce moment la malade est soumise à notre observation. La perte n'a pas cessé malgré le repos au lit et ne s'arrête qu'au 8 décembre.

Utérus gros, large, épais; cavité utérine de 8 cent. 1/2. Col volumineux, évasé, pas mou. Matrice mobile, en situation normale. Rien aux annexes. Pas de signe de grossesse. Vagin très ample.

On diagnostique un utérus fibromateux.

Opération le 18 décembre 1894. Dès le premier coup de curette, il se produit une hémorrhagie si abondante qu'elle nous inquiète. La perte de sang ne s'arrête pas, malgré une abrasion rapide, profonde et vigoureuse de la muqueuse utérine. On fait rapidement l'hystérectomie, qui se présente dans les conditions les plus favorables. Les suites opératoires furent très simples. Cependant, à la fin de la deuxième semaine, on constata un peu de phlébite de la jambe gauche. Cet accident retarda un peu la guérison, qui fut complète.

La pièce était curieuse. Dans la cavité utérine existaient des caillots sanguins en assez grande abondance. La muqueuse ne semblait ni fongueuse, ni épaissie. En aucun point, il n'y avait trace de placentation.

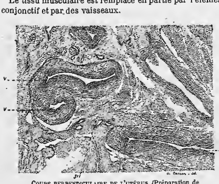
Les parois utérines assez épaisses, triples au moins du volume normal, ne présentaient pas de trace de dégénérescence maligne. Il n'y avait pas de fibrôme. L'utérus était de consistance normale.

Voici le résultat de l'examen microscopique :

Les lésions les plus manifestes portent sur tous les vaisseaux sanguins; ceux-ci présentent deux ordres d'altérations, leur nombre est très augmenté et en même temps leurs parois ont subi un épaississement considérable; le tissu conjonctif périvasculaire est anormalement développé. Ces lésions sont d'ailleurs si accusées en certains points que le stroma est remplacé par des vaisseaux altérés; cette disposition est surtout accusée dans les couches moyennes, mais elles sont très manifestes près de la cavité utérine et près du péritoine.

Le stroma est imprégné par places d'îlots formés par des cellules embryonnaires; en outre, il est traversé par des faisceaux fibreux assez volumineux; enfin, on constate une augmentation dans le nombre des vaisseaux lymphatiques dont la lumière est agrandie.

Le tissu musculaire est remplacé en partie par l'élément conjonctif et par des vaisseaux.



Coupe perpendiculaire de l'utérus (Préparation de M. Fabre-Domergue).

V. : Vaisseaux sanguins. — *St.* : Stroma.

Grosseur : $\frac{1}{300^e}$

Les altérations de ce genre n'ont pas été souvent signalées.

Bold a publié un cas rarissime d'angiôme utérin dans l'*American Journal Obstetrics*. Il s'agit là d'une véritable tumeur, ainsi qu'on peut le voir dans les planches qui accompagnent le travail de Bold.

Le cas de Wild et celui de Cornil doivent être rapprochés. Les lésions vasculaires sont remarquables, mais on est en présence de polypes utérins.

Il y a lieu d'éliminer les altérations vasculaires que l'on rencontre dans l'état puerpéral.

Les modifications des vaisseaux utérins dans la métrite n'ont pas été méconnues. Delbet, dans le Traité de Chirurgie, s'exprime dans les termes suivants :

Dans la métrite hémorrhagique des vieilles femmes, on rencontre la forme interstitielle pure; chez les femmes jeunes, les lésions du stroma prédominent, mais les glandes ne disparaissent pas complètement.

On trouve naturellement dans cette variété une abondante prolifération vasculaire. Les vaisseaux de nouvelle formation, qui ne sont que des capillaires, présentent sur le corps une forme très irrégulière et atteignent un calibre relativement considérable. Ces vaisseaux sont en général très superficiellement situés près de la surface libre de la muqueuse et la plupart des culs-de-sac glandulaires sont au-dessous d'eux. Le grand nombre des vaisseaux, leurs dilatations, leur situation superficielle expliquent les hémorrhagies.

A cette description de Delbet se trouve annexée une planche représentant une métrite interstitielle hémorrhagique, d'après une préparation de Cazin.

L'observation que nous rapportons doit être comparée à celle qu'a publiée M. Quénu dans un très intéressant mémoire, communiqué à la Société de Chirurgie, et auquel nous avons emprunté les indications bibliographiques précédentes, vérifiées, du reste, par nous dans le texte.

La muqueuse, dit M. Quénu, n'offrait aucune fongosité. Le tissu utérin non dégénéré présentait des glandes plutôt atrophiées. Le chorion était transformé en un tissu caverneux très rapproché de la surface et rappelant celui qu'on observe dans certaines structures hémorrhoïdaires ou encore dans la muqueuse urétrale de certaines femmes.

Dans le cas de M. Quénu, il s'agissait d'une femme de 31 ans, ayant eu deux enfants et présentant des pertes utérines abondantes et rebelles. Les métrorrhagies avaient résisté à un brossage intra-utérin et à une cautérisation avec une solution de chlorure de zinc. L'électricité, le curage avaient été impuissants. L'abrasion de la muqueuse utérine avait été faite deux fois et, en dernier lieu, par M. Quénu qui avait achevé l'opération par une cautérisation au chlorure de zinc au dixième.

L'insuccès de ces tentatives décida le chirurgien de l'hôpital Cochin à pratiquer une intéressante opération de préférence à l'hystérectomie que contre-indiquaient l'âge de la malade (31 ans) et l'intégrité des annexes.

M. Quénu ouvrit le cul-de-sac vaginal antérieur et le cul-de-sac postérieur, fendit l'utérus en deux sur le milieu de la face antérieure : « Je pratiquai, au fur et à mesure de l'abaissement, l'excision de la muqueuse utérine dont il ne resta que deux petits entonnoirs répondant chacun à l'ori-

fice de la trompe. Le fond de l'utérus et la muqueuse qui le revêt furent respectés ».

Il faut insister sur ces altérations vasculaires qui expliquent la pérennité et la gravité de certaines métrorrbagies que l'on peut traiter, chez les sujets jeunes, par la chimicaustie intra-utérine ou par l'opération originale entreprise par M. Quénu. L'on est en droit de combattre ces graves hémorrhagies par l'ablation de la matrice, quand les femmes ont dépassé 40 ans et que les pertes ont résisté aux moyens conservateurs.

CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE

HOPITAL DE L'HOTEL-DIEU — M. LE PROFESSEUR PANAS

Cancroïdes de l'œil.

Le malade dont je veux vous parler aujourd'hui est un homme de soixante ans environ, atteint d'un cancroïde de l'œil.

Lorsque vous examinez la néoformation, vous voyez une vaste tumeur ulcérée ayant envahi tout l'œil qui n'existe, pour ainsi dire, plus. Interrogez le malade, et il vous apprendra que l'affection dont il est atteint actuellement, a commencé il y a plus de 30 ans par une espèce de verrue qui s'est développée à l'angle interne de l'œil.

Et, en effet, c'est comme cela que les choses se passent dans la forme lente qui peut durer 30, 40, même 50 ans. L'individu ne ressent aucun malaise; il se porte parfaitement bien ; aucun trouble ne survient, et la petite tumeur évolue, progresse sans cesse jusqu'à ce qu'elle atteigne le volume énorme que vous voyez chez ce malade, jusqu'à ce qu'elle détruise presque complètement l'œil.

Il faut donc vous méfier de ces petites verrues qui se développent à l'angle interne de l'œil, ces néoformations, en apparence innocentes, pouvant dégénérer, comme je vous ai dit tout à l'heure, et se transformer en tumeurs malignes. A côté de cette forme lente, il en existe une autre, beaucoup plus rapide celle-là, et ici il faut se garder de commettre des erreurs de diagnostic qui, je m'empresse de vous le dire, ne sont pas facilement évitables.

Voici comment les choses se passent dans ce cas :

Il se présente un malade qui porte une petite tumeur ayant l'aspect d'un orgeolet; c'est ordinairement sur ce diagnostic qu'on s'arrête. Ce soi-disant orgeolet étant enflammé, on l'ouvre, il sort du pus : on croit avoir affaire à un chalazion suppuré. Mais, bientôt, l'ulcération, qui semblait primitivement banale, s'aggrave; la lésion augmente. On procède à l'excision complète, on soumet la tumeur enlevée à l'examen histologique et qu'est-ce qu'on trouve? Des tubercules !

Cette erreur de diagnostic est justifiée d'abord par la marche rapide de la lésion et puis surtout par la rareté de ces productions tuberculeuses et par l'ignorance, dans laquelle on était il n'y a pas encore longtemps, de ces néoformations d'origine bacillaire.

Autre erreur de diagnostic:

Il s'agit encore d'un orgeolet un peu fluctuant ; puis le petit abcès s'ouvre, les bords se décollent, la cavité devient cratéiforme, le fond de la plaie est jaunâtre. Cet état s'accompagne d'accidents du côté des ganglions périphériques qui augmentent de volume, surtout le ganglion préauriculaire. Ces accidents ganglionnaires peuvent, du reste, manquer. De quoi s'agit-il dans ce cas? Examinez attentivement et vous verrez que ce n'est pas d'une lésion banale, d'un simple orgeolet qu'il s'agit, mais bien d'une tout autre lésion caractéristique, spécifique ; je veux dire d'une gomme syphilitique palpébrale qui a commencé par le tarse.

Mais revenons à l'histoire du cancroïde à forme rapide.

Cette dernière altération doit être rangée dans la catégorie des formes profondes, térébrantes, parce qu'elle envoie d'un coup un prolongement à l'intérieur de l'orbite.

La forme rapide du cancroïde diffère de la première, lente, dont je vous ai parlé au début de cette leçon, non seulement par sa marche rapide, envahissante, mais encore et surtout par la destruction, la dévastation, pour ainsi dire, des parties avoisinantes et par le plus de crainte qu'elle doit inspirer au point de vue de la généralisation.

Arrivons au cas de notre malade.

Il est atteint, comme vous le savez, d'une tumeur cancroïdale à forme très lente.

Celui-là est indemne de toute espèce de métastase; vous ne trouverez rien du côté des autres organes : le mal reste limité à l'œil.

Faut-il opérer ces malades? Je parle bien entendu de la période où la néoformation est petite et ne menace pas encore d'envahir l'organe. Le malade, comme je vous l'ai déjà dit, n'est pas beaucoup inquiété par sa tumeur; le praticien, lui non plus, n'est pas bien poussé à faire l'opération, et il a raison !

Il faut que vous sachiez qu'il y a des interventions qui non seulement ne sont pas utiles au malade, mais, ce qui est beaucoup plus grave, nuisibles. L'affection est sans complications ; elle tente pour ainsi dire l'opérateur et l'on intervient. On enlève largement la tumeur, la cicatrisation se fait assez vite et bien. Vous êtes content, lorsque six mois après apparaît au cou une énorme tumeur dont il n'existait pas la moindre trace au moment de l'intervention. J'ai vu de ces faits-là. On extirpe les ganglions malades; quelques mois après, le pharynx, le larynx sont envahis et le malade succombe dans le marasme. J'ai eu l'occasion de voir un individu, opéré dans les conditions que je viens de vous indiquer, qui présentait une perforation de l'œsophage ; lorsqu'il buvait, le liquide avalé tombait sur le cou et se répandait sur l'épaule.

Voilà, n'est-il pas vrai, une situation horrible, et pourtant la tumeur cancroïdale enlevée, celle qui avait causé tout le mal, était restée inoffensive et tranquille pendant près de vingt ans.

Lorsqu'on fait consciencieusement le bilan des interventions, lorsqu'on pèse bien le pour et le contre, on devient fort réservé : il y a en somme si peu de guérisons et, pour ce nombre restreint de résultats favorables, combien d'autres cas se sont terminés d'une façon épouvantable !

Il en est des cancroïdes de l'œil comme des tumeurs épithéliales du sein chez les femmes qui peuvent porter leurs néoplasmes pendant de très longues années, étant certainement atteintes d'une infirmité pénible, repoussante, mais continuant à vivre, ce qui est, après tout, la question primordiale. Après tout ce que je viens de vous dire, vous me comprendrez quand je vous conseillerai d'intervenir

très rarement et de ne faire l'opération que dans les cas où les malades eux-mêmes vous la demanderont.

Je reviens à notre malade.

Je l'ai examiné très attentivement et je n'ai trouvé qu'un seul ganglion sous-maxillaire qui soit légèrement augmenté de volume.

Faut-il l'enlever ?

Je ne le crois pas, il ne présente pas, à mon avis, une véritable consistance épithéliale. Il ne faut pas croire, en effet, que tous les ganglions qu'on trouve augmentés de volume dans le voisinage d'un néoplasme épithélial soient nécessairement de la même nature. Déjà, Lisfranc a attiré l'attention sur ce fait et il a montré que, dans le cas d'épithélioma du sein, par exemple, il pouvait exister des ganglions purement inflammatoires. Je laisserai donc ce ganglion, mais je le surveillerai ; si, quelques jours après l'opération, il ne disparaît pas, je l'enlèverai.

Quant à la tumeur elle-même, il faut l'enlever totalement, étant donné que tout l'orbite est envahi ; enlevez donc tout, y compris le périoste, ne laissez que les os. Nous pourrons avoir des surprises. La paroi interne de l'orbite peut être atteinte et, une fois que le néoplasme a envahi cette paroi, il faut aller beaucoup plus loin, jusque dans les sinus frontaux et le canal nasal. On est obligé, parfois, de détruire la cloison du nez.

Vous comprenez facilement que de pareils délabrements ne se font pas impunément : une hémorrhagie très abondante se produit, le sang étouffe le malade, la chose est vraiment terrible. Cette hémorrhagie pousse, dans quelques cas, à faire le tamponnement du pharynx et même à procéder à une trachéotomie pour sauver le malade d'une asphyxie menaçante.

Mais, à part ces cas relativement rares, à part aussi les cas où l'on trouve des prolongements du néoplasme du côté de la fosse ptérygo-maxillaire, l'opération ne présente ordinairement pas de grandes difficultés.

Le pronostic immédiat est favorable.

Un nouveau périoste se forme et tout se cicatrise très bien.

En terminant, je vous dirai qu'on peut songer à une autoplastie, mais pas immédiatement après l'opération. Quand vous serez sûrs que le malade a parfaitement guéri, qu'il n'y a plus à craindre de récidive, vous pourrez penser à une autoplastie qui devra être pratiquée au bout de six mois environ.

A L'ÉTRANGER

ALLEMAGNE

Guérison d'un cas d'anémie pernicieuse.

Ewald a relaté ces derniers jours, à la Société de médecine berlinoise, un cas de guérison d'anémie pernicieuse.

Il s'agissait d'un homme de trente-deux ans, tombé malade après un assez long voyage. Ewald trouve le malade dans un état de collapsus complet avec respiration superficielle et pouls filiforme. En vain essaie-t-il, pour le ranimer, tous les traitements employés en la circonstance : les injections de camphre et d'éther échouent. L'orateur se décide alors à avoir recours à la transfusion du sang. C'est la femme du malade qui fournit quatre-vingt-cinq centimètres cubes de sang.

Après cette opération, il se produit aussitôt un changement dans l'état du malade. Le pouls commence par se relever en même temps que la respiration devient plus profonde et plus ample. Dès le lendemain, le malade ouvre les yeux ; il parle, reconnaît l'entourage, en un mot sort du collapsus où il était plongé.

D'ailleurs, cette amélioration va progressant toujours.

Ce dernier fait est, du reste, bien prouvé par l'examen même du sang. Le troisième jour, l'examen du sang donne 1,250,000 hématies par centimètre cube ; il y a une proportion de 29 0/0 d'hémoglobine. Trois semaines plus tard, l'examen du sang a montré que les chiffres précédents ont triplé.

Cette amélioration succédant à la transfusion est d'autant plus remarquable que le malade présentait des troubles digestifs peu faits pour relever son état général ; les troubles digestifs se compliquaient eux-mêmes de glossite folliculaire rendant l'alimentation difficile.

Pour expliquer cette guérison, Ewald a tendance à considérer l'anémie pernicieuse comme résultant d'une auto-intoxication et à voir dans le sang transfusé un agent doué de propriétés antitoxiques contrebalançant heureusement l'effet de l'auto-intoxication.

ANGLETERRE

Névrites arsenicales consécutives au traitement d'un cancer.

Parsons (*Dublin Journal of medical Science*, 1895) vient d'observer une femme de 29 ans atteinte d'un cancer du sein droit à qui on appliqua un emplâtre arsenical. Cette malade eut bientôt des symptômes d'empoisonnement arsenical, à côté des vomissements et de la diarrhée ; elle eut, en même temps, une paralysie des jambes et des mains avec hyperesthésie et suppression des réflexes.

Tous ces phénomènes guérirent, mais il persista de l'incoordination des mouvements de la main.

Cette observation comporte plusieurs conclusions. Le premier point à noter, c'est la rapidité de l'absorption de l'arsenic.

De plus, l'intoxication arsenicale se traduit ici par une gastro-entérite aiguë arrivée 6 heures après l'intoxication. Quant aux symptômes nerveux, ils ne se sont montrés que plus tardivement. Ils se traduisent par une paralysie arsenicale qui affecte deux types : ou bien elle est à la fois sensitive et motrice avec prédominance de troubles moteurs et de l'atrophie, ou bien elle revêt la forme pseudo-tabétique avec ataxie, comme en a présenté la malade.

L'arsenic s'élimine rapidement par la bile et l'urine.

La paralysie arsenicale, par suite de sa distribution et des troubles sensitifs qui l'accompagnent, relève bien évidemment d'une névrite périphérique. Le tableau clinique, en effet, ressemble à celui de la névrite alcoolique. Cependant on a signalé de la myélite diffuse et des lésions des cornes antérieures.

La paralysie arsenicale n'arrive que difficilement et tardivement à la guérison absolue.

AUTRICHE

Nouveau procédé de dosage du mercure dans l'urine.

Follez, au club médical de Vienne, a indiqué un nouveau procédé de dosage du mercure dans l'urine.

Voici la technique de ce procédé basé sur ce fait que l'or possède une grande affinité pour le mercure.

L'analyse qualitative se fait en prenant 100 à 300 centimètres cubes d'urine ; on y ajoute 2 grammes de poudre d'or. Mais cette poudre doit être préparée par un procédé spécial, afin de posséder le plus grand pouvoir amalgamant possible. On ajoute également à l'urine 1 à 3 centimètres cubes d'acide chlorhydrique concentré.

Le mélange ainsi constitué, on le chauffe et on y met 2 à 3 centimètres cubes d'une solution saturée fraîche de chlorure d'étain. Il peut arriver alors qu'il se fasse un précipité floconneux d'hydrate d'oxyde d'étain. Cela signifie qu'on a employé une trop petite quantité d'acide chlorhydrique, ce qu'on arrive facilement à corriger. Le liquide une fois chauffé, on le laisse quelques instants reposer. Puis on décante le liquide qui est au-dessus de l'amalgame, on lave ce dernier avec de l'eau distillée jusqu'au moment où l'eau ne donne plus la réaction du chlore. L'amalgame ainsi épuré, on y ajoute trois à quatre gouttes d'une solution concentrée chaude d'acide nitrique et, enfin, du chlorure d'étain.

L'analyse quantitative se fait facilement en pesant séparément l'or et l'amalgame.

Ce procédé offre cet avantage de n'être pas plus coûteux que les autres.

En effet, l'or, qui revient évidemment cher, ne s'altère pas, et ainsi il est capable de servir encore à des analyses ultérieures.

Un cas spécial d'hystérie.

A la Société império-royale des médecins de Vienne, **Schneyer** a fait une communication sur un cas fort intéressant. On sait combien d'états morbides simule l'hystérie; mais il est exceptionnel de la voir revêtir le masque de l'ostéomalacie. L'orateur a eu l'occasion de constater chez une jeune femme des phénomènes de myélite succédant à un traumatisme. Peu après ils sont remplacés par des phénomènes d'ostéomalacie; toutefois la malade ne présentait pas de déformation des os.

En présence de cet état, Schneyer donne du phosphore à sa malade. Devant l'échec que subit cette médication formulée suivant les règles ordinaires, Schneyer n'hésite pas à donner le phosphore à plus forte dose, et cela à tel point que la malade est prise de phénomènes d'intoxication phosphorique.

A peine guérie de cet accident, la malade, qui garde ses symptômes d'ostéomalacie, offre d'autres signes manifestement hystériques cette fois. En effet, à côté de la sensibilité des os, de la paralysie du psoas iliaque, du phénomène des adducteurs, de l'exagération des réflexes, voilà que l'on trouve des stigmates purement hystériques, comme hémianesthésie, rétrécissement du champ visuel, abolition unilatérale du sens de la gustation.

Dans ces conditions, Schneyer considère comme liés à l'hystérie et en dépendant les phénomènes d'ostéomalacie cités plus haut. Deux points, d'ailleurs, viennent confirmer le fait. C'est d'abord l'absence de déformations osseuses, c'est ensuite l'échec de la médication par le phosphore. Ce n'est donc pas de l'ostéomalacie chez une hystérique, mais bien de l'hystérie simulant l'ostéomalacie.

ITALIE

Manifestations auriculaires de l'hystérie.

Gradenigo (*Archivio Ital. di Otologia*, 95) a montré combien fréquentes sont les manifestations auriculaires de l'hystérie. Il les divise en cinq groupes; ce sont des troubles de sensibilité spéciale, de sensibilité générale, des troubles réflexes, des troubles vasomoteurs et des hémorrhagies.

Les troubles de sensibilité spéciale se traduisent par une diminution de cette sensibilité. Celle-ci peut, quelquefois, faire partie d'une hémianesthésie sensitivo-sensorielle. L'acuité auditive est diminuée dans tous les sens, de même que le degré d'excitabilité électrique du nerf auditif.

La surdité a, de plus, un caractère surtout psychique. Les traumatismes directs ou indirects, les intoxications, les infections peuvent donner naissance à cette anesthésie acoustique chez les individus prédisposés.

La sensibilité générale se traduit par l'anesthésie de la peau et des muqueuses. De plus, on remarque de l'otalgie plus fréquente chez les hystériques que chez tous les névropathes.

Les lésions de l'oreille chez les hystériques sont l'origine de plusieurs réflexes, comme de la toux, de l'asthme, des vertiges, des nausées provoqués par les lésions du conduit ou de la membrane du tympan.

Les otorrhagies enfin, quand elles sont hystériques, sont périodiques. Elles peuvent se produire ou dans une oreille saine ou dans une oreille atteinte de granulations ou de polypes.

Le traitement des manifestations auriculaires de l'hystérie comporte deux indications: soigner d'abord la névrose, soigner ensuite les lésions locales de l'oreille, du pharynx et du nez. En règle générale, les interventions opératoires ne doivent pas être entreprises. Cependant, quand elles sont indiquées, elles donnent de bons résultats.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 20 novembre. — Présidence de M. Théophile Anger.

A. — A propos de la lecture de la correspondance, **M. Monod** dépose sur le bureau de la Société, au nom de M. Laûgier, trois brochures dont voici les titres :

1° *Gangrène des doigts après pansements phéniqués ;*
2° *Plaies par grains de plomb ;*
3° *Fracture de l'humérus produite par un guérisseur.*

B. — A propos de la lecture du procès-verbal sur le traitement des anévrysmes, **M. Chaput** lit la communication suivante :

Anévrysme fémoral traité par l'incision du sac.

M. Chaput. — J'ai soigné récemment un malade de cinquante-six ans qui présentait, dans la région du triangle de Scarpa, un énorme anévrysme mesurant 15 centimètres de long sur 8 de large. Cette tumeur, qui avait commencé à apparaître en juin 1895, avait grossi très rapidement; elle augmenta notablement sous nos yeux, à tel point que, craignant de la voir se rompre, je l'opérai d'urgence le 16 septembre 1895.

Je fis d'abord une incision dans la fosse iliaque pour aborder l'iliaque externe; je liai, puis je coupai le vaisseau entre deux ligatures.

J'abordai ensuite l'artère fémorale au-dessous de l'anévrysme ; je la coupai également entre deux ligatures.

Je me mis alors en devoir de disséquer et d'enlever le sac. Mais il adhérait considérablement aux tissus voisins, qui étaient très durs. Après avoir isolé péniblement la face antérieure du sac, je pensai que je rendrais la dissection plus facile en incisant la poche et en procédant comme une cure radicale de hernie.

L'incision donna lieu à un énorme jet de sang; je promenai l'index dans l'intérieur du sac, afin de tâcher de découvrir l'embouchure de la fémorale profonde, d'où provenait le sang, mais je ne réussis pas.

Je renouvelai plusieurs fois ma tentative, chaque fois inutilement; ces recherches s'accompagnaient d'une perte de sang considérable.

Je dus abandonner la partie et me contenter de tamponner le sac à la gaze iodoformée. Je suturai la plaie cutanée, sauf au niveau du sac.

Malgré un délire alcoolique qui dura quinze jours et au cours duquel le malade se dépansa plusieurs fois, la guérison survint sans accidents.

Le 5 novembre dernier, la plaie était complètement cicatrisée ; l'œdème du membre avait disparu; il n'y avait ni troubles trophiques, ni troubles de la sensibilité.

Permettez-moi d'ajouter quelques courtes réflexions à cette intéressante observation.

Comme MM. Delbet et Quénu, je suis partisan de l'extirpation

des anévrysmes quand elle est possible et facile. Le procès de la ligature n'est plus à faire. M. Delbet vient de le refaire au Congrès de chirurgie, et il semble actuellement démontré que la ligature expose davantage à la gangrène, à la rupture, à la récidive de l'anévrysme; on outre, l'adhérence du sac aux nerfs voisins provoque souvent des douleurs violentes.

A propos de douleurs, permettez-moi de vous rappeler mon observation de l'an dernier. Il s'agissait d'un anévrysme poplité; je liai la fémorale à l'anneau de Hunter. La tumeur diminua et durcit, mais le malade éprouvait de vives douleurs dans le mollet. Je dus faire l'extirpation secondaire; au cours de l'opération, je blessai le nerf sciatique poplité interne, qui, aplati, lamelleux, adhérent au sac, se distinguait à peine de ses parois.

L'extirpation ne présente pas les mêmes inconvénients, mais il est juste de dire que, dans certains cas, cette opération est très difficile et très dangereuse. M. Heurtaux a eu de grandes difficultés; dans son cas, il n'a pas employé moins de 35 pinces hémostatiques. Un malade de Trélat est mort d'infection.

Dans l'observation que je viens de relater, vous avez vu combien la dissection a été difficile, et comment je n'ai pu continuer l'extirpation après l'incision du sac, à cause de l'hémorrhagie. J'aurais pu, à la rigueur, faire l'extirpation sans inciser le sac, mais il est probable aussi qu'au cours de la dissection, la poche aurait été ouverte, auquel cas, les choses se seraient terminées exactement de la même façon.

D'une manière générale, je pense qu'on doit toujours s'efforcer de faire l'extirpation totale; je crois que la ligature et la section de l'artère en amont et en aval simplifient l'intervention. Il vaut mieux disséquer le sac sans l'ouvrir de parti pris.

Si la poche est ouverte par mégarde et si l'hémorrhagie est incoercible, on pourra toujours terminer l'opération par le bourrage du sac qui suffira à faire l'hémostase.

En résumé, l'idéal, dans le traitement des anévrysmes, c'est l'extirpation; si elle est impossible, très difficile ou dangereuse, on pourra se contenter de l'incision, après avoir lié l'artère au-dessus et au-dessous.

La ligature au-dessus et au-dessous du sac, sans incision du sac, constitue encore une manœuvre plus simple.

Plus simple et plus bénigne encore est la ligature simple d'Anel.

Le chirurgien a donc à sa disposition toute une gamme opératoire, qui lui permet de doser l'intervention, d'après les conditions locales et générales propres à chaque cas particulier.

Je conclurai donc en disant que l'extirpation est l'opération de choix, les autres interventions n'étant que des pis-aller imposés par la nécessité.

M. Poirier. — Si j'osais exprimer une opinion sur le sujet, car mon peu d'expérience ne me le permet pas, je ne serais pas de l'avis de M. Chaput.

Il ne m'est arrivé qu'une fois de faire l'extirpation d'un anévrysme. Il s'agissait d'un anévrysme poplité. La dissection du sac fut très laborieuse, il y ent de grosses pertes de sang, et je dus mettre plus de soixante pinces à forcipressure sur le pourtour de l'anévrysme. Néanmoins, tout se passa bien. Le malade guérit; mais, à quelque temps de là, la partie inférieure du membre se sphacéla et l'on dut, peu après, pratiquer l'amputation de ce membre.

Ce fait n'est pas le seul qui se soit produit, à ma connaissance, dans de semblables conditions. J'ai ouï parler, par des chirurgiens de la marine, de deux faits analogues qui se sont terminés par gangrène.

Je crois donc, à l'exemple de M. Lucas-Championnière, qu'il y a, pour le traitement des anévrysmes, non pas une méthode, mais deux méthodes de choix, et je suis d'avis que l'extirpation et la ligature ont tout lieu d'occuper le premier rang suivant le cas.

M. Quénu. — Il est entendu que les deux observations, dont M. Poirier a entendu parler par des chirurgiens de la marine, n'ont aucune valeur dans la discussion qui nous occupe. Il ne faut apporter, en effet, dans cette discussion, que des éléments vraiment scientifiques et observés d'une façon identique.

A ce point de vue, je demanderai à M. Poirier de vouloir bien nous donner l'observation détaillée de son malade. Etant donné qu'il y a eu gangrène consécutive, nous avons intérêt à savoir si l'opération s'est passée d'une façon normale, s'il n'y a pas eu de la suppuration.

C'est, en effet, au point de vue de la gangrène consécutive, que j'ai demandé qu'on établit la comparaison, dans le traitement des anévrysmes, entre la ligature et l'extirpation. (Voir *Gazette Médicale* du 16 novembre 1895.)

M. Poirier. — Je déposerai mon observation sur le bureau de la Société. Mais je veux d'avance rassurer M. Quénu et lui dire que mon malade était un homme jeune et qu'il a guéri de mon intervention sans trace de suppuration.

M. Quénu. — Quels vaisseaux aviez-vous liés avant de faire l'extirpation ?

M. Poirier. — J'avais lié la fémorale au niveau de l'anneau du troisième adducteur et le tronc tibio-péronier.

Epithélioma annulaire du rectum traité par la méthode sacrée. — Prolapsus de l'anus sacré. — Seconde intervention pour traiter ce prolapsus.

M. Monprofit (d'Angers). — J'ai traité, il y a près de deux ans, un épithélioma annulaire du rectum par la voie sacrée. Le malade a été provisoirement guéri. Il a persisté de l'incontinence fécale comme c'est l'habitude. Mais, plus tard, l'anus sacré s'est prolabé.

Ces derniers temps, j'ai traité ce prolapsus de la façon suivante : introduisant le doigt dans l'ancien canal anal, j'ai attiré à travers ce canal l'extrémité supérieure du rectum, j'ai avivé la peau du pourtour de l'anus, et, à cette peau ainsi avivée, j'ai fixé la partie supérieure du rectum.

Il y a donc eu, de ce fait, création d'un canal anal en communication directe avec le rectum par l'intermédiaire de l'ancien canal anal. A ce niveau, deux intestins étaient engainés l'un dans l'autre. Enfin, l'anus avait été normalement rétabli et le sphincter, devenu inutile pendant quelque temps, a de nouveau fonctionné. J'ai donc rétabli ainsi, les fonctions de l'anus dans leur intégrité absolue. Je n'ai pas trouvé dans la littérature chirurgicale de fait analogue à celui-là.

M. Quénu. — Combien de temps y a-t-il que M. Monprofit a fait sa seconde opération ?

M. Monprofit. — Il y a deux mois.

M. Quénu. — L'observation de M. Monprofit est intéressante et je ne crois pas qu'il ait été déjà fait, pour un cancer du rectum primitivement traité par la méthode de Kraske, une intervention secondaire semblable. Mais l'observation de M. Monprofit sera plus intéressante encore dans quelques mois. Le malade n'aura-t-il pas alors un second prolapsus du rectum ? Le nouveau canal anal créé par M. Monprofit n'aura-t-il pas subi d'atrésie ?

M. Chaput. — C'est un tort, à mon avis, de laisser en place l'extrémité inférieure ou anale du rectum, lorsque l'on s'est occupé de l'extrémité supérieure par quelque procédé que ce soit.

Que va devenir, en effet, la muqueuse de cette extrémité anale? Elle continuera de sécréter. Il pourra donc se former, d'une part, des poches liquides péri-anales; d'autre part, comme le dit fort bien M. Quénu, des atrésies anales, lorsque l'on se contentera, à l'exemple de M. Monprofit, d'invaginer l'extrémité supérieure du rectum sans enlever l'ancienne muqueuse anale dans toute sa hauteur.

M. Monprofit. — Je n'ai été amené à faire cette invagination secondaire que pour traiter le prolapsus sacré. Je prends note des observations qui m'ont été faites. Je rendrai compte, dans la suite, de l'état de mon malade. Mais je certifie, après l'avoir examiné hier soir encore, que mon opéré présente, actuellement du moins, un canal anal qui fonctionne normalement, sans aucune gêne causée par une atrésie ou une collection péri-anale.

Chirurgie du poumon.

(*Suite de la discussion.*)

M. le Président. — Les orateurs inscrits pour la discussion sont partagés en deux camps : les uns veulent traiter de la pneumotomie, les autres de la conduite à tenir dans l'hémothorax. C'est sur la pneumotomie que l'on va discuter aujourd'hui.

DE LA PNEUMOTOMIE

M. Ricard. — Je veux parler de l'intervention chirurgicale dans les cas de suppurations profondes du poumon. Nous sommes tous d'accord qu'il faut intervenir. Mais nous sommes d'avis différents quant au mode d'intervention. Les uns se bornent à faire simplement une ponction, les autres font l'incision du poumon.

Dans les cas d'incision, nous sommes également tous d'accord qu'il faut tout d'abord réséquer une ou plusieurs côtes avant de pénétrer dans la plèvre.

C'est précisément sur la conduite à tenir vis-à-vis de la plèvre que porte le débat.

M. Tuffier dit qu'il y a intérêt à décoller la plèvre pariétale, à créer un pneumothorax extra-pleural (ce sont ses expressions), lequel permet d'aller palper le poumon et reconnaître le point du parenchyme sur lequel devra porter l'incision, sans créer de pneumothorax vrai et sans nuire à l'hématose de tout ou partie d'un poumon.

Je me demande si M. Tuffier aura toujours, en agissant ainsi, le succès qu'il a obtenu une fois. Je n'en veux pour preuve que l'observation publiée par M. Michaux au Congrès de Chirurgie. (Voir *Gazette Médicale* du 2 novembre 1895.)

Enfin, mon avis est que le décollement de la plèvre est loin de favoriser toujours le palper du poumon. Il est évident que dans les cas d'adhérences entre les deux feuillets de la plèvre, le décollement pleural pariétal devient chose inutile, M. Tuffier lui-même en convient, j'en suis sûr. C'est là un cas devant lequel je me suis trouvé autrefois à l'hôpital Saint-Antoine où j'avais l'honneur de remplacer M. Monod. Le poumon adhérait à la paroi. Je n'avais donc à faire qu'une ouverture franche du poumon, et c'est ce que j'ai fait.

Au sujet de ces suppurations profondes du poumon, je dirai, en passant, qu'elles ne sont le plus souvent, à mon avis, que des abcès d'origine pleurale qui se sont enkystés dans la plèvre interlobaire, médiastine ou diaphragmatique.

Voici enfin une observation qui montre bien la nécessité qu'il y a d'ouvrir franchement la plèvre sans décoller primitivement son feuillet pariétal.

Il s'agissait d'un malade passé dans le service de M. Le Dentu, que je remplaçais, à l'hôpital Necker, pendant les vacances dernières, et chez lequel malade MM. Dieulafoy et Giraudeau avaient diagnostiqué des abcès enkystés d'origine pleurale. Ce malade présentait des vomiques continuelles. De l'avis de M. Dieulafoy, il n'y avait dans le poumon de ce malade qu'une seule cavité purulente localisée par lui à la pointe de l'omoplate. Cela était important à connaître pour déterminer mon intervention.

J'ai donc commencé par réséquer la huitième côte. J'ai pénétré franchement dans la plèvre et j'ai cherché à examiner le poumon. Je n'ai absolument rien trouvé, quoique l'examen par auscultation eût fait localiser en ce point, par M. Dieulafoy, l'abcès supposé dans le poumon de ce malade. Si donc, j'avais, en surplus, recouvert le poumon du feuillet pariétal de la plèvre décollé, mais non ouvert, comme l'aurait fait M. Tuffier, j'aurais moins senti encore ; mais je continue.

Avec le thermocautère, j'ai alors incisé le parenchyme pulmonaire. Je suis arrivé dans le poumon à une profondeur de sept centimètres. J'ai fini par sentir, enfin, à cette profondeur, des parties indurées. Là siégeait, sans nul doute, la lésion. J'ai reconnu, par mon doigt, qui se dirigeait obliquement en bas vers la plèvre médiastinale et le diaphragme, que l'auscultation ni la percussion n'avaient été suffisantes pour déterminer le siége de l'abcès.

Sur mon doigt, ainsi mis dans la plaie, j'ai glissé un troquart, ponctionné la masse indurée, reconnu la présence de pus et fini d'effondrer et de vider l'abcès avec mon index. Puis, drainage de la cavité et guérison consécutive du malade.

La conclusion de tout ceci, c'est que, dans les suppurations profondes du poumon, percussion, auscultation et ponction exploratrice sont insuffisantes à déterminer le siége des lésions. Mais il faut aller franchement effondrer la plèvre et le parenchyme pulmonaire. Interposer dans ces cas le voile de la plèvre pariétale décollée, c'est rendre l'examen du poumon encore plus difficile.

M. Bazy, en termes violents, dirige contre M. Tuffier l'attaque suivante :

J'ai donné, à la communication que j'ai faite récemment au Congrès de Chirurgie, le nom de *Nouveau procédé d'explorer le poumon par l'incision de la plèvre.* M. Tuffier ne craint pas d'appeler son travail : *Nouvelle méthode pour servir à l'exploration du poumon par le décollement pleural pariétal.* Il y a là une question de terme que je veux d'abord régler. Le titre de ma communication a été simple, mais juste. Le titre de la communication de M. Tuffier est emphatique et faux. M. Tuffier aurait dû tout simplement dire: Nouveau procédé, mais non Nouvelle méthode. Ce qu'il nous a dit constitue, si l'on veut, un procédé, mais non une méthode.

Je me permettrai, ensuite, de contester la supériorité attribuée par M. Tuffier à ce qu'il appelle sa nouvelle méthode. M. Tuffier ne nous en a d'abord montré qu'un seul exemple.

De plus, j'ai lu, dans le compte rendu donné par le *Bulletin Médical*, que le malade de M. Tuffier était mort.

Un seul exemple est insuffisant pour oser parler de nouvelle méthode ; mais, quand le malade meurt, on ne devrait pas dire que cette méthode est supérieure à tous les procédés jusque-là employés.

Le travail de M. Tuffier demandait à être vérifié, même sur ses points essentiels. J'ai voulu me rendre compte, par des expériences cadavériques, de la facilité qu'il y avait à décoller la plèvre d'abord, à examiner le poumon à travers la plèvre décollée ensuite. Mes recherches ont porté sur trois cadavres, elles ont été contrôlées par mes internes avec la plus grande impartialité, je leur attribue toute la rigueur scientifique désirable.

De mes examens, il résulte que le décollement de la plèvre pariétale est loin d'être aussi facile que le dit M. Tuffier. La plèvre est, de plus, un mince feuillet que l'on crève souvent même avec la pulpe du doigt.

Quant à l'exploration du poumon, à travers la plèvre décollée tant bien que mal, elle est de la plus grande difficulté et ne m'a donné que des résultats négatifs. La plèvre se présente comme une membrane tendue au-devant du poumon et les sensations que perçoit le doigt à travers cette membrane sont les mêmes, que le poumon sous-jacent soit induré ou non. Je certifie qu'en enfonçant des baguettes dans le poumon ou en injectant du suif dans certains lobes, de façon à y déterminer des masses dures et résistantes ; on ne retrouve, en examinant ce poumon à travers la plèvre décollée, ni les pointes des baguettes, ni les masses de suif.

Conclusion : Les indurations du poumon ne peuvent être senties à travers la plèvre décollée, et l'exploration du poumon, comme la conseille M. Tuffier, est une méthode nulle.

M. Tuffier. — Je laisserai de côté le point de vue scientifique de la communication de M. Bazy, nous la discuterons une autre fois.

Je veux seulement établir les deux faits suivants :

a) Mon malade n'était pas mort quand j'ai fait ma communication. Je ferai rectifier, à ce sujet, l'erreur qui a été commise par le *Bulletin Médical*.

b) Je maintiens, quoi que dise M. Bazy, mon titre de *Nouvelle*

méthode pour servir à l'exploration du poumon par le décollement de la plèvre pariétale. C'est plns qn'un procédé, c'est une méthode d'aller examiner le poumon à travers la plèvre, et c'est une méthode dont personne ne contestera la nonveauté. Quant à ce qui est de l'innocuité qu'il y a, pour M. Bazy, de mettre la main dans la cavité pleurale pour aller examiner le poumon, je la nie complétement. Je maintiens qu'il vant mieux mettre la main *sur la plèvre* que *dans la plèvre*, cette main fût-elle celle de M. Bazy, et je maintiens, de ce fait, la supériorité de ma façon d'examiner le poumon. Je n'ai, il y a bnit jours, parlé que pour un seul cas. Mais, depuis, j'ai fait deux opérations semblables.

M. Quénu. — (M. Qnénu ayant été obligé d'interrompre sa communication, nous la donnerons en entier dans le compte rendu de la procbaine séance),

La snite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance

Présentation de pièces.

M. Delbet. — Voici un chien auquel j'ai fait, il y a cinqnante-quatre jours, une inoculation de ce qne je crois être l'agent pathogénique du lymphadénôme. Le chien est leucémique; son sang, examiné par M. Vaquez, contient un globule blanc pour 70 globules rouges. Il est d'un appétit vorace et cependant il est dans ûn état cacbectique avancé.

Présentation d'instruments.

M. Picqué présente un aspirateur injecteur perfectionné.

M. Ricard, au nom de M. Marage, présente un amygdalotome perfectionné.

PETIT.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 19 novembre.

Traitement des fistulee vésico-vaginales par la suture intra-vésicale.

M. Duplay, cbez une femme atteinte de fistule vésico-vaginale trop baut située pour que l'on pût en faire l'avivement par le vagin, a opéré de la façon suivante :

Incision sus-pubienne de la paroi abdominale et de la vessie, découverte de la fistule vésico-vaginale située au niveau dn bas fond de la vessie, décollement circulaire de la muqueuse vésicale qui est avivée et suturée par deux plans faits, l'nn avec de la soie sur la paroi vésicale, l'autre avec dn catgut sur la paroi vaginale.

Puis, suture de la plaie de la vessie avec deux plans de fils de catgut : l'un muqueux; l'autre, musculaire, suture de la paroi abdominale avec un drain à la partie inférieure de la plaie. Sonde de Sims à demeure dans la vessie.

Depuis cette opération, plus d'écoulement d'urine par le vagin, la malade a conservé à peine un peu de ténesme vésical et, aujourd'hui, la guérison persiste.

De la digestion gastrique dans l'estomac isolé.

M. Laborde lit, sur ce sujet, au nom de M. Frémont (de Vicby) une note que nous résumerons ainsi :

Si l'on isole l'estomac chez un animal et qu'on mette le duodénum, en communication avec l'œsopbage, l'animal continue à se bien porter et l'estomac isolé continue à sécréter dn suc gastrique.

Si, dans ces conditions, on sectionne le pneumogastrique prés du cardia, l'estomac sécréte non plus du snc gastrique, mais un liquide munqueux, neutre aux réactifs. Cette sécrétion, de plus, n'est pas redevenue de l'acide gastrique.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 15 novembre.

Pyopneumothorax. Migration du pus à la région lombaire.

M. L. Galliard. — La migration de l'empyéme à la région lombaire a été étndiée par Delosse (Thése de Paris, 1884). Il réunit buit observations où la collection purulente formait tnmeur denx fois à droite, six fois à gaucbe. Aucun des malades n'avait eu de pneumothorax.

J'ai observé un vaste abcès lombaire siégeant à droite, sous la pean, chez un pbtisique âgé de quarante ans, atteint de pyopnenmothorax du côté droit depuis plusieurs mois. La tumeur était réductible, fluctuante, non pulsatile (les abcès du côté gauche sont parfois animés de battements); aprés la ponction et l'évacnation du pus, elle fut envahie par l'air; j'y trouvai du clapotement et l'âir sortit en sifflant par l'orifice extérieur quand le malade se mit à tousser.

La cachexie était trop avancée pour autoriser une tentative de cure radicale.

Au bont de deux mois, le malade ayant succombé, on trouva la plévre droite absolument vide de pus, le poumon réduit à l'état de moignon informe. Le sinus costo-diapbragmatique était, en arrière, le siége d'une sorte d'infundibulum, dont l'extrémité inférieure passait au-dessous de la derniére côte et se continuait avec un trajet de cinq centimètres, qui traversait les muscles des lombes et aboutissait à la pocbe ponctionnée.

La digestion stomacale après la gastro-entéroetomie.

M. Albert Mathieu communique deux observations qui peuvent être rapprocbées de celles rapportées par M. Hayem. M. Mathieu admet aussi la persistance du séjour des aliments dans la cavité stomacale aprés la gastro-entérostomie et la persistance de la digestion chlorbydro-peptique.

Les recbercbes faites dans des cas analogues par M. Rosenheim (de Berlin) l'ont amené à cette conclusion que la motricité bénéficie plus que la sécrétion, lorsqu'on fait la gastro-entérostomie, pour remédier à une grande dilatation de l'estomac. Les malades peuvent continuer à prospérer, alors que les qualités cbimiques de leur suc gastrique vont en s'affaiblissant, pourvu que l'évacuation du contenu stomacal dans l'intestin se fasse convenablement.

L'état de la motricité est certainement ici, comme dans beaucoup de cas de dyspepsie, plus important que le chimisme. Il est intéressant de constater que le fonctionnement de l'estomac peut n'être pas complétement supprimé par la gastro-entérostomie.

Adénômes du foie.

M. Catrin présente nn adénôme du foie observé cbez un jeune soldat alcoolique, qui mourut avec des signes rappelant la péritonite tuberculeuse.

Névrite paludéenne.

M. Catrin montre un malade, paludéen du Sondan, atteint de névrite d'origine paludique.

Ce malade avait déjà été présenté à la Société il y a quelques mois; actuellement, les troubles trophiques considérables présentés par le malade confirment le diagnostic de névrite paludéenne.

H. M.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 16 novembre.

De l'évocation spontanée des images auditives verbales chez les aphasiques moteurs.

MM. Thomas et Ch. Roux. — Ce qui disparaît cbez les apbasiques moteurs, c'est bien moins le pouvoir d'accomplir les mouvements d'articulation nécessaires pour prononcer une syllabe

ou un mot que la provocation de ce mouvement par l'image auditive verbale.

Aussi, nous avons pu obtenir chez une malade aphasique le retour de la parole, par l'emploi du procédé qui consiste à faire l'éducation de la parole par la vue des mouvements d'articulation.

Cet essai nous a montré chez cette malade la persistance des associations motrices verbales créées avant le développement de son aphasie. Grâce à notre procédé et grâce à la persistance de ces associations motrices verbales, la malade a été capable, au bout d'un mois, de répéter à peu près tous les mots qu'elle entend. Chez elle, il s'est donc créé une association entre le mot entendu et la vue du mouvement qu'il faut faire pour reproduire ce mot.

Ce n'est donc pas seulement là un moyen d'étudier l'aphasie, mais c'est encore un moyen de la guérir.

M. Féré. — J'ai démontré que tous les aphasiques moteurs présentent des troubles de la motilité générale.

Il suffit donc de faire, avant tout, chez ces malades l'éducation de la langue pour améliorer considérablement le langage.

Action physiologique des injections intra-veineuses de peptones.

M. Contejean a fait chez le chien des injections intra-veineuses de peptones et obtenu les résultats suivants :

a) Quelles que soient les mutilations que l'on pratique sur l'axe cérébro-spinal, la peptone continue à agir.

b) L'extirpation de deux ganglions cœliaques suspend d'une façon complète l'action de la peptone.

c) Ce phénomène ne se produit pas, si on enlève les deux ganglions qui accompagnent la veine mésaraïque.

d) Si on pratique une section des nerfs splanchniques ou des nerfs vagues, on n'influence pas le phénomène.

Cultures de pneumocoque obtenues en ensemençant ce microbe sur du sang défibriné et coagulé par la chaleur.

MM. Gilbert et **L. Fournier** présentent des cultures de pneumocoque qu'ils ont obtenues en ensemençant ce microbe sur du sang défibriné et coagulé par la chaleur. Ces colonies présentent une très grande netteté et se forment plus rapidement que sur les autres milieux de culture.

Sur le sang défibriné, enfin, le pneumocoque reste plus longtemps virulent que dans les milieux ordinaires.

ACTES DE LA FACULTÉ

DU 25 AU 30 NOVEMBRE 1895

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 25 novembre, à 1 heure. — 2e (2e partie) : MM. Ch. Richet, Retterer, André. — 3e Oral (1re partie) : MM. Pinard, Delbet, Walther. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu : MM. Tillaux, Lejars, Broca. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu : MM. Fournier, Gaucher, Widal.

Mardi 26 novembre, à 1 heure. — 2e (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Gley, Chassevant. — 3e Oral (1re partie) : MM. Guyon, Bar, Albarran. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité : MM. Panas, Nélaton, Hartmann. — 5e (2e partie), Charité (1re série) : MM. Jaccoud, Debove, Marfan. — 5e (2e partie), Charité (2e série) : MM. Raymond, Hutinel, Charrin.

Mercredi 27 novembre, à 1 heure. — *Médecine opératoire, épreuve pratique* : MM. Terrier, Poirier, Broca. — 2e Oral (1re partie) : MM. Reclus, Retterer, Sebileau. — 2e (2e partie) : MM. Ch. Richet, Weiss, Wurtz. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Tuffier, Varnier.

Jeudi 28 novembre, à 1 heure. — *Médecine opératoire, épreuve pratique* : MM. Farabeuf, Berger, Thiéry. — 3e Oral (1re partie) : MM. Duplay, Maygrier, Poirier. — 3e (2e partie) : MM. Joffroy, Raymond, Roger.

Vendredi 29 novembre, à 1 heure. — 4e : MM. Ponchet, Landouzy, Netter. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité : MM. Tillaux, Reclus, Ricard. — 5e (2e partie), Charité (1re série) : MM. Potain, Gaucher, Wurtz. — 5e (2e partie), Charité (2e série) : MM. Hayem, Gilles de la Tourette, Thoinot.

Samedi 30 novembre, à 1 heure. — *Dissection, épreuve pratique* MM. Farabeuf, Poirier, Thiéry. — 3e (2e partie) : MM. Debove, Gilbert, Marfan. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Cornil, Marie, Ménétrier. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Raymond, Hutinel, Chantemesse. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique d'Accouchements, rue d'Assas : MM. Bar, Maygrier, Bonnaire.

THÈSES DE DOCTORAT

Mercredi 27 novembre, à 1 heure. — *M. Nuyts* : De l'arthrite alvéolo-dentaire et en particulier de l'arthrite consécutive à la carie (MM. Straus, Landouzy, Gilles de la Tourette, Widal). — *M. Boutry* : De la pneumonie disséquante (MM. Straus, Landouzy, Gilles de la Tourette, Widal). — *M. Soukernik* : La splénomégalie pendant la période secondaire de la syphilis (MM. Landouzy Straus, Gilles de la Tourette, Widal).

Jeudi 28 novembre, à 1 heure. — *M. Scémanéa de Giallouly* : Sur le traitement des tumeurs épithéliales par les injections sous-cutanées (MM. Laboulbène, Debove, Gilbert, Achard). — *M. Bédos* : De l'ictus laryngé essentiel (MM. Debove, Laboulbène, Gilbert, Achard).

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

HOPITAUX DE PARIS

Hôpital Saint-Antoine.

MM. Gilbert Ballet et E. Brissaud reprendront leurs leçons cliniques annuelles sur les maladies du système nerveux les jeudis et dimanches à 10 heures. M. Brissaud commencera le jeudi 28 novembre et continuera les jeudis suivants à 10 heures. M. Gilbert Ballet commencera le dimanche 1er décembre et continuera les dimanches suivants à la même heure.

Concours de médecine.

Voici le sujet de la composition écrite : *Des cirrhoses hypertrophiques du foie; anatomie pathologique, pathogénie et formes cliniques.*

La première séance de lecture a eu lieu hier à l'hôpital de la Charité : MM. Ettlinger, 13; Renault, 12; Berbez, 16; Sallard, 17; Belin, 19.

Concours de l'internat.

Anatomie : MM. Gabriel Sicard, 10; Wahl, 7; Lucien Roques, 13; Ferron, 14; Castan, 7; d'Herbécourt, 13; Dartigues, 15; Minet, 9; Keim, 14; Bigart, 13; Paquet, 10; Luys, 14; Benj. Weill, 12; Maréchal, 7; Alfred Martinet, 10; Jalaguier, 10; Tissier, 14; Chauveau, 5; Rastouil, 13; Chastanet, 12; Louis Leroy, 8; Mettetal, 13; Turner, 14; Souberbielle, 5; Bonnel, 13; Audistero, 6; Adrien Mauger, 13; Audion, 13; Nattan, 11; Louis Moret, 11.

Pathologie : MM. Lustgarten, 10; Chalochet, 11; Richelet, 9; Cadol, 13; Costin, 9; Gibert, 13; Jeannulatos, 6; Deroyer, 12; Rehreyend, 14; Lagrange, 9; Morin, 11.

N. B. — Les séances ultérieures de lecture de la section de pathologie, de même que celles de la section d'anatomie auront lieu désormais à la Charité.

Concours de l'externat.

Anatomie : MM. Bertrand, 11; Boho, 14 1/2; Maurice Bloch, 12; Berton, 15; Bournineux de Valmont, 10; Ambard, 8; Bergouignan, 13; Bodin, 8; Beauvois, 7; Alquier, 18 1/2; Paul Blondin, 16; Achille Audy, 8; Bégué, 7; Bousquet, 12; Berthier, 4; Mlle Bouillet, 7; Albert Boullet, 15; Gadaud, 17; Gorce, 8; Ferran, 10; Gozzi, 11; Fougères, 9; Durand, 13; Fromageot, 11; Guillain, 17 1/2; Fontaine, 7; Géraud, 14 1/2; Pierre Duval, 19 1/2.

Questions sorties : *Artère sous-clavière.* — *Os maxillaire supérieur.* — *Muscles obturateurs.*

Pathologie : MM. Romanescu, 5; Vivier, 14 1/2; Sautriau, 3; Rumpelmayer, 10; Surrel, 12; Ruelle, 14 1/2; Tridon, 18; Trouvé, 2; Roy, 13; Lucien Vaillant, 14 1/2; Thibault, 11; Verjus, 7; Vaugeon, 17; Rutten, 6; Mlle Pariselle, 14 1/2; MM. Constant Vallée, 4;

Méhent, 15 1/2; Percheron, 10; Paul Mayer, 16; Merlet, 14; Pellagot, 4; Pellizza, 8; Mieulet, 9; Pedehidou, 14 1/2; Henri Millon, 14 1/2; Pecharmant, 17; Mercadet, 8; Renoult, 4; Pissot, 1/2; Pinault, 10; Pompeani, 6; Renault, 13; Prestrelle, 12; Parent, 15 1/2; Pierrhingues, 11; Moureyre, 15; Mlle Przeciszewski, 9; Alphonse Petit, 18 1/2; Picardet, 13; Maillard, 7; Pascaud, 11; Poustier, 12; Veiret, 15; Raoult, 9; Mermier, 18; Millon, 16 1/2; Poujade, 15 1/2; Regnard, 15; Merklen, 8; Ravary, 13; Mourès, 10; Mesnard, 9; Pontchkoff, 13; Henri Meyer, 13 1/2; Rigal, 10; Robin, 13; Menu, 14 1/2; Mendel, 5.

Questions sorties : *Les Oreillons. — Complications et traitement d'une fracture compliquée de jambe. — Des ulcères variqueux de jambe. — Symptômes, marche et complications des anévrysmes artériels circonscrits. — Causes, symptômes, marche, complications et traitement du phlegmon diffus des membres.*

Nomination d'assistants suppléants de consultation.

Services de chirurgie.

Charité : M. Thiéry.
Saint-Louis : M. Regnauld.
Pitié : M. Souligoux.
Necker : M. Glantenay.
Tenon : M. Isch-Wall.
Cochin : M. Wassilieff.
Broussais : M. Malherbe.
Laënnec : M. Benoit.
Broca et *Hospice de la Salpêtrière* : M. Ehrhardt.

Provisoirement M. le docteur Jarjavay ne sera attaché à aucun hôpital.

Hôpital Cochin.

M. le Dr Gilles de la Tourette, agrégé, commencera le vendredi 8 novembre, à 5 heures et quart, hôpital Cochin (amphithéâtre Dujardin-Beaumetz), un cours de thérapeutique clinique appliquée aux maladies du système nerveux, et le continuera les vendredis suivants, à la même heure.

Maladies du larynx, du nez et des oreilles.

M. Castex, clinique, 21, rue Guénégaud, mardi, jeudi et samedi, à 3 heures, à partir du 12 novembre, examen des malades et opérations, à 3 heures et demie.

HOPITAUX DE PROVINCE

Hôpital de Bordeaux.

Sont nommés *internes titulaires* : MM. Micheleau, Gibert, Verdelet, Mage, Michel, de Boucaud, Legros et Armand ; *internes provisoires* : MM. Laffay, Brial, Capdepon, Meynard, Lafarelle, Fraiklin, Vergely, Avrillaud et Martin Claude.

Sont nommés externes des hôpitaux : MM. Andérodias, Ariès, Cruchet, Constantin, Couillard-Labonnotte, Marchand, Renault, Chartres, Roques, Barot, Boisseau, Chaumanet, Brouillard, Lamarque, Michel, Clavé, Arnouil, Lafont, Béraud, Marmet, Jouvenceau, Vialard-Goudon, Fournier; Mlle Nourrit; MM. Rothamel, Laroche, Dupuy, Martinet, Labat, Lastes, Mias, Regett, Wiehn, Charezienx, Barbe, Guillemet, Le Strat, Bouvier, Drouillard, Ducosté, Bonrdettes, Flous, Hubert, Le Clère, Buard, Raffin, Cosse, Rainguet, Caillet, Coriveaud; Mlle Chartrou ; MM. Pinsan Parmentier, Lambert, Chomienne, Labrit, Pierre Nadal, Duffaud et Lafargne.

Hôpitaux de Lyon.

Sont nommés externes des hôpitaux : MM. Lépine, Mayond, Monod, Gallet, Arloing, Ladevèze, Faure, Joly, Maurice, Tolot, Gaillardon, Bouzond, Lafond, Aubery, Bonnefoy, Carrier, Boutavant, Eggli, Cousin, Benoît, Pravaz, Bovier-Lapierre, Vurpas, Bellissen, Descos, Varay, Lacrosaz, Jacquin, L. Tissot, Dumas, Grange, Cavella, Lemoyne de Vernon, Violet, Diot, Cattan, Clupot, Brivot, Romand-Monnier, Armand, Agniel, Raoult-Deslongchamps, Genevey, Ganthier, Feitu, Lhoste, Dubief, Montagard, Lacomme, Perrot et Roulaud.

FACULTÉS ET ÉCOLES DES DÉPARTEMENTS

Ecole de médecine d'Alger.

M. le docteur Labbé est nommé chef des travaux anatomiques.
M. le docteur Sabadini est nommé, jusqu'au 1er février 1896, chef de clinique chirurgicale.

Ecole de médecine de Dijon.

Par arrêté ministériel en date du 26 octobre 1895, ladite Ecole est autorisée à jouir des droits conférés aux Ecoles préparatoires réorganisées par l'article 13 du décret du 1er août 1883.

M. Pigeon, docteur ès-sciences, est chargé du cours de chimie et de toxicologie.

Ecole de médecine de Limoges.

M. le docteur Thouvenet, suppléant des chaires de pathologie et de cliniques médicales, est chargé du cours de clinique médicale pendant la durée du congé accordé à M. Lemaistre (année scolaire 1895-1896).

Ecole de médecine de Nantes.

M. le docteur Malherbe, professeur d'anatomie pathologique, est nommé, pour trois ans, directeur de ladite Ecole.

Ecole de médecine de Poitiers.

Sont chargés de cours pour la présente année scolaire : M. le docteur Malapert (pathologie chirurgicale et médecine opératoire); M. Garbe (physique).

Ecole de médecine de Rouen.

M. Buguet, suppléant, est chargé, pour la présente année scolaire, du cours de physique.

Ecole de Médecine de Besançon.

Sont chargés de cours pour la présente année scolaire : MM. les docteurs Prieur (histologie) ; Mandereau (anatomie).

Ecole de Médecine de Caen.

Sont chargés des fonctions de chef de travaux : MM. Noury (médecine opératoire) ; Chevrel (histoire naturelle).

Ecole de Médecine de Clermont.

M. le docteur Lepetit, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, est chargé du cours d'histologie pendant le premier semestre de la présente année scolaire.

ETABLISSEMENTS DIVERS D'INSTRUCTION MÉDICALE

Faculté des sciences.

L'enseignement préparatoire au certificat d'études physiques, chimiques et naturelles est organisé comme il suit pour le premier semestre de l'année scolaire 1895-1896 :

Physique : M. Paul Janet : les lundi, mercredi et vendredi, à 9 heures (à partir du 11 novembre); M. Lucien Poincaré: les mardi, jeudi et samedi, à 9 heures (à partir du 12 novembre).

Les travaux pratiques, dirigés par M. Krouchkoll, ont lieu tous les jours, de 1 heure et demie à 4 heures et demie.

Chimie : M. le professeur Joannis : les mardi, jeudi et samedi, à 9 heures (à partir du 12 novembre) ; M. Péchard : les lundi, mercredi et vendredi, à 9 heures (à partir du 11 novembre).

Les travaux pratiques ont lieu tous les jours, de 1 heure et demie à 4 heures et demie.

Zoologie : M. R. Perrier : les lundi, mercredi, jeudi et samedi, à 10 heures et demie (à partir du 11 novembre).

Les travaux pratiques dirigés par M. Fischer, ont lieu tous les jours, de 1 heure et demie à 4 heures et demie.

Botanique : M. Daguillon : les mardi et vendredi, à 10 heures et demie (à partir du 12 novembre).

Les travaux pratiques ont lieu tous les jours, de 1 heure et demie à 4 heures et demie.

66e Année. 9e Série. Tome II. — N° 48 — 30 Novembre 1895

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : Dr F. de RANSE — *Rédacteur en chef :* Dr Pierre SEBILEAU

Secrétaire de la Rédaction : M. Em. ÉMERY

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 28, rue Vignon

CLINIQUE ORTHOPÉDIQUE

Du traitement des pseudarthroses de l'humérus par les attelles en aluminium.

Par P. Redard, Chirurgien en chef du Dispensaire Furtado-Heine (1).

Le traitement des pseudarthroses comprend un très grand nombre de méthodes opératoires. Bien qu'il existe encore assez souvent des cas de pseudarthroses sous la dépendance d'un état général mal déterminé, rebelles à tout traitement, le nombre des sujets incurables, grâce à l'intervention sanglante à ciel ouvert, a considérablement diminué.

Si tous les chirurgiens sont d'accord sur la façon de pratiquer les premiers temps de ce genre d'opération (ablation des brides musculaires et d'ostéophytes, avivement, résection), un grand nombre ne s'entendent pas sur les moyens de fixation et de coaptation des fragments. les uns soutenant que tout moyen de réunion est inutile, les autres recommandant des procédés de fixation directe extrêmement variés.

L'examen attentif des faits publiés démontre que fréquemment l'avivement et la résection des fragments. sans aucune fixation directe. suffit pour donner des guérisons. Assez souvent aussi. la fixation et la coaptation s'imposent, en raison de l'état des fragments et surtout de leur mobilité.

Ayant eu récemment à traiter un cas grave de pseudarthrose de l'humérus, nous avons dû examiner les procédés et opérations capables de nous donner les plus grandes chances de réussite chez notre blessé. Les deux fragments de la pseudarthrose étaient très mobiles, entraînés par des masses musculaires puissantes : un appareil plâtré d'immobilisation indirecte n'aurait pas suffi pour les maintenir exactement en contact : il fallait les fixer et les contenir par des moyens puissants. Les attelles métalliques latérales internes recommandées récemment pour des pseudarthroses de divers os par Olher, Gluck, Quénu, Péan, Schwartz, Thiria, Doizy (Doizy. — *De la prothèse* interne au moyen d'attelles en aluminium dans le traitement des pseudarthroses, *Thèse de Lille 1894*), nous ont paru tout particulièrement convenir à notre cas et devoir donner de meilleurs résultats que les autres méthodes de réunion et de soutien.

Observation

Fracture comminutive et compliquée au tiers inférieur de l'humérus gauche. Pseudarthrose traitée par l'avivement osseux, la coaptation et la contention au moyen d'une plaque d'aluminium. Guérison.

F. Eugène, 37 ans, cultivateur à Cormeilles, d'une excellente santé, extrêmement robuste, a fait une chute auprès de sa voiture chargée de 4,000 kilos, dont la roue passe au niveau du tiers supérieur du bras gauche et à la partie moyenne de la cuisse gauche. Le 18 mai 1894, M. le docteur Biron, d'Argenteuil, constate les lésions suivantes : une fracture de la cuisse gauche à la partie moyenne sans lésion de la peau ; une fracture comminutive et compliquée occupant tout le tiers supérieur de l'humérus gauche avec broiement osseux (sac de noix) ; des plaies multiples communiquant profondément avec le foyer de la fracture ; une infiltration sanguine de toute la région blessée avec gonflement énorme et infiltration ecchymotique de la peau.

Une hémorrhagie très abondante se montre après l'accident. Les gros vaisseaux de la racine du membre ne paraissent pas lésés. Le pouls radial est très affaibli mais très net. On se décide à tenter la conservation. Le Dr Biron fait un pansement antiseptique très rigoureux et immobilise le membre dans une gouttière. Il applique un appareil contentif pour la fracture de la cuisse. Les jours suivants on note un gonflement énorme de tout le membre, de l'emphysème et de la suppuration de toute la racine du membre. La fièvre est très vive (39° le soir).

Vers le dixième jour, il se produit une hémorrhagie abondante en nappe par la plaie principale, suturée à la partie externe et supérieure du membre. Après débridement, on recherche la source de l'hémorrhagie qui provenait heureusement d'une branche de petit calibre de l'humérale que l'on peut lier assez facilement. Après lavage, pansement antiseptique et drainage,

(1) Communication au Congrès de Chirurgie. séance du 25 octobre 1895.

on immobilise le membre dans une gouttière plâtrée fenêtrée permettant la surveillance et les pansements.

La suppuration est abondante et se produit par tous les trajets fistuleux pendant plusieurs mois.

A la fin du deuxième mois, la fracture de cuisse est consolidée sans raccourcissement, mais la fracture de l'humérus gauche ne présente aucune consolidation et la suppuration par les trajets fistuleux est toujours abondante.

Cet état se continue encore sans amélioration pendant quelques mois et le Dr Biron nous prie d'examiner son blessé avec lui.

A ce moment nous constatons une pseudarthrose avec mouvements très étendus au tiers supérieur de l'humérus gauche, des trajets fistuleux multiples avec suppuration abondante à la partie moyenne et supérieure du membre, un gonflement énorme de la main, de l'avant-bras et du coude, quelques troubles de l'innervation qui ne nous paraissent pas cependant sous la dépendance de lésions de gros troncs nerveux, du nerf radial en particulier.

Une intervention chirurgicale est décidée et pratiquée le 5 février 1895.

En raison de la multiplicité probable des fragments et de la mobilité très grande de la pseudarthrose. nous pensons que le cas doit être traité par moyens de contention puissants et nous songeons à appliquer une attelle d'aluminium fixée au moyen de vis solides qui devra réunir et immobiliser les deux fragments osseux.

Nous faisons fabriquer plusieurs plaques d'aluminium de différentes longueurs et quelques-unes assez larges, avec trous pour plusieurs vis. La face interne de ces plaques est moulée par l'ouvrier sur la partie externe d'un humérus sain d'un squelette d'homme adulte et robuste. Les plaques sont soigneusement stérilisées et conservées dans une solution antiseptique.

En prévision d'une modification de notre plan opératoire, nous nous munissons de fils à suture en argent, de vilebrequins, de chevilles de veau aseptiques, de longues chevilles osseuses qui pourraient jouer le rôle de tuteur osseux, enfoncées d'abord dans le canal médullaire du fragment supérieur, puis dans le canal médullaire du fragment inférieur.

Après asepsie de la région, une large incision est pratiquée à la partie externe et supérieure du membre, dont la partie médiane correspond au foyer de la pseudarthrose, au milieu des tissus lardacés et permet d'arriver sur l'os dénudé dans une étendue assez considérable au-dessus de la pseudarthrose.

L'os est volumineux avec quelques orifices conduisant sur de petits séquestres. On le dégage avec soin en conservant, autant que possible, le périoste, et on arrive sur le foyer de la pseudarthrose constituée par un tissu fibreux flexible et peu résistant dans l'étendue de trois centimètres environ.

Trois esquilles osseuses assez volumineuses sont détachées assez facilement.

Un faisceau musculaire très net est interposé entre les deux fragments au niveau de la pseudarthrose à la face postérieure de l'os. A ce niveau existe un point osseux sous lequel passent des fibres musculaires.

Avec la rugine, on isole soigneusement l'os au-dessus et au dessous de la pseudarthrose. Le nerf radial est aperçu à la partie supérieure de la plaie et soigneusement protégé, par un aide, avec un écarteur.

On sectionne l'os d'abord au-dessus de la pseudarthrose, à deux centimètres environ au niveau du tissu osseux sain et résistant, puis au-dessous, de façon, après résection du tissu fibreux de la pseudarthrose, à obtenir une coaptation parfaite des fragments. Au niveau de la section du fragment inférieur, l'os est très dur, résistant à la scie, le canal médullaire a disparu.

Le fragment supérieur a de la tendance à s'écarter en dehors, le fragment inférieur glisse en dedans.

De tous les procédés recommandés pour la réunion de fragments dans le traitement des pseudarthroses, la consolidation au moyen d'une plaque d'aluminium nous paraît être le meilleur à appliquer dans ce cas particulier en raison surtout du siège de la fracture, de l'état de l'os, de la mobilité et de la tendance très grande des fragments au déplacement.

Les deux fragments réséqués étant maintenus dans un contact parfait, nous appliquons à la partie externe de l'os une plaque d'aluminium de six centimètres de longueur sur deux centimètres de largeur. La plaque s'adapte bien par sa face interne aux surfaces osseuses. Deux vis à tête plate assez longues (18 mill.) sont d'abord vissées à travers les trous de la plaque, au moyen d'un puissant tournevis dans le fragment supérieur, mordent bien dans l'os et s'implantent très solidement. Deux autres vis semblables sont ensuite placées dans le fragment inférieur. Une des vis la plus inférieure est très difficile à faire pénétrer dans l'os très dur, éburné, malgré l'emploi de divers tournevis très puissants, on ne peut arriver à la faire pénétrer complètement et la tête de la vis fait une très légère saillie au-dessus de la plaque.

Les deux fragments de l'os sont très solidement maintenus, la coaptation est parfaite sans aucun mouvement dans le sens vertical ou latéral.

Après raclage et désinfection du trajet fistuleux suppurant on pratique les sutures profondes et superficielles. On place un drain en os décalcifié à la partie inférieure de la plaie et après pansement on immobilise immédiatement le membre dans une gouttière plâtrée.

Les suites de l'opération ont été remarquablement simples. Dans les premiers jours, on note un peu de suppuration au niveau du drain et du trajet fistuleux inférieur. L'appareil plâtré est maintenu pendant 56 jours.

A ce moment la consolidation paraît obtenue. Il persiste encore quelques trajets fistuleux. La plaie à sa partie inférieure n'est pas entièrement fermée. Par le trajet fistuleux de cette plaie on arrive avec la sonde cannelée sur la plaque d'aluminium qui paraît très légèrement ébranlée. La plaque a néanmoins conservé sa position primitive et n'a pas subi de déplacement par glissement vers la partie inférieure de la plaie.

Au 87e jour après l'opération, on se décide à enlever la plaque et les vis qui cèdent assez facilement à quelques tractions avec une pince. La consolidation est parfaite. Malgré l'existence des trajets fistuleux on soumet le malade à des massages réguliers.

Au mois d'août, tous les trajets fistuleux sont fermés. Le blessé ne présente plus aucun gonflement du membre, la raideur des diverses articulations a disparu, tous les mouvements sont possibles.

Actuellement le blessé doit être considéré comme absolument guéri, possédant un membre très solide et lui permettant de déployer une grande force et de se livrer aux très pénibles travaux de sa profession.

Ainsi donc, le procédé de réunion au moyen de plaques d'aluminium des fragments d'une grave pseudarthrose nous a donné un rapide et brillant succès.

On remarquera dans notre observation la simplicité opératoire avec laquelle la plaque a été fixée et surtout l'immobilité parfaite des fragments obtenue après coaptation et fixation sans flexion à angle aigu ni rotation.

A ce point de vue, notre procédé a une supériorité incontestable sur la suture osseuse, l'enchevillement, le vissage, les tenons, l'enclavement d'un des fragments dans le canal médullaire de l'autre fragment, la fixation au moyen de chevilles placées dans le canal médullaire, les greffes, etc.

Ces méthodes ont donné quelques guérisons, mais elles sont en général difficiles à appliquer, exposent à des complications et donnent de fréquents insuccès.

Les objections faites au procédé des plaques d'aluminium ne sont pas fondées. Elles ne doivent pas nous engager à abandonner cette utile opération.

La section tardive du nerf radical, que Quénu a notée dans une de ses observations, est une complication exceptionnelle qui peut être évitée si l'on a soin de se servir de plaques à bords mousses solidement fixées sur les parties dures de l'os par de longues vis et d'enlever la plaque assez hâtivement.

L'ablation de la plaque d'aluminium après consolidation, que nous recommandons de parti pris dans tous les

cas. ne présente aucune difficulté et n'expose à aucun accident. L'extirpation tardive des fils et des chevilles, souvent nécessaire dans les autres modes opératoires, est certainement plus difficile et périlleuse.

Le décollement du périoste. nécessaire à pratiquer dans une assez grande étendue pour le placement régulier des plaques, n'a jamais été suivi dans aucun cas de nécrose ni d'autre complication.

A part une observation de Quénu, dans toutes les observations en assez grand nombre publiées jusqu'à ce jour. la guérison a été rapidement obtenue sans accidents sérieux.

Nous n'insisterons pas sur la technique opératoire longuement exposée dans notre observation.

Une seule plaque d'aluminium suffira généralement pour assurer une immobilité et une contention parfaite des fragments.

Cette plaque sera large, à bords mousses, se fixant très exactement sur les surfaces de l'os. maintenue par des vis assez longues (18 mill.) qui mordront dans les parties dures de l'os en évitant les régions où le tissu osseux sera mou ou papyraeé.

Le procédé des plaques d'aluminium ne doit pas être proposé pour la généralité des cas de pseudarthrose. C'est, à notre avis, un excellent procédé d'exception, convenant surtout aux pseudarthroses compliquées, à fragments très mobiles et à coaptation difficile, telles que les pseudarthroses de l'humérus surtout, lorsqu'elles siègent au tiers supérieur de cet os.

Le tibia, en raison de ses larges faces, de l'absence d'insertion musculaire à sa région antérieure, se prêtera admirablement, en cas de pseudarthrose et de difficulté de contention des fragments. à l'application de plaques métalliques de fixation.

En résumé, le succès que nous avons obtenu dans la cure de notre blessé; les heureux résultats publiés par d'autres chirurgiens dans des cas semblables. démontrent que la méthode de fixation des fragments de certaines pseudarthroses au moyen de plaques d'aluminium est une précieuse ressource, appelée à rendre d'importants services.

A L'ÉTRANGER

ALLEMAGNE

Tuberculose du calcanéum.

Finotti *(Deut. Zeitschrift. f. Chir.)* a fait une étude approfondie de la tuberculose du calcanéum. Il a bien fait voir qu'elle occupe d'ordinaire la partie de cet os située en avant de la gouttière calcanéo-astragalienne. Comme autres particularités, elle a celles de se propager rarement aux autres os du pied, de souvent aboutir à la formation de séquestres. De plus, elle se porte dans certains cas aux gaines tendineuses qui entrent en contact avec le calcanéum ou même à l'articulation tibio-tarsienne. Enfin, elle s'ouvre presque toujours au niveau de la face externe du calcanéum.

Ces caractères spéciaux de la tuberculose du calcanéum seraient expliqués par la structure même de l'os. En effet, la partie du calcanéum où se produit d'ordinaire la tuberculose, c'est-à-dire la partie antérieure est formée d'un tissu spongieux mou, à mailles très larges, à trabécules très fines. De plus, cette portion du calcanéum est peu vascularisée et la circulation s'y fait lentement. Or, l'auteur accepte la théorie de Krause, pour qui la tuberculose osseuse est d'origine sanguine. Et le passage des bacilles tuberculeux dans le tissu osseux est précisément favorisé par la lenteur du courant circulatoire. On conçoit donc comment, avec les idées de Krause sur la tuberculose osseuse, les recherches anatomiques de Finotti expliquent parfaitement la localisation de la tuberculose à la partie antérieure du calcanéum.

Reste un autre point à élucider : pourquoi le foyer tuberculeux s'ouvre-t-il si souvent, presque toujours même, au niveau de la face externe du calcanéum? Ici, encore, l'auteur trouve l'explication de ce fait dans la structure de l'os. Il y a une différence manifeste de structure entre le tissu compact des deux faces latérales du calcanéum. Fait-on une coupe transversale de l'os, on peut voir que le tissu compact de la face interne de l'os est dense, épais, lisse, traversé par un petit nombre de trous et de canaux. Le tissu compact de la face externe, au contraire, est fin, relativement mince, criblé de nombreux trous et canaux. Il y a moins de résistance, par conséquent, du côté de la face externe de l'os que du côté de la face interne.

Parmi toutes les tuberculoses osseuses, celle du calcanéum est une de celles qui comportent le moins mauvais pronostic. En effet, le foyer reste très longtemps localisé; de plus, l'ablation totale ou partielle de l'os donne de meilleurs résultats que dans la tuberculose d'autres os du pied.

Le traitement varie suivant les âges. Chez les enfants, chez les individus jeunes, la résection partielle, ou bien un simple curettage avec pansements iodoformés, sont des moyens de traitement qui réussissent fort bien le plus souvent. A-t-on à faire à un adulte, on enlèvera le calcanéum en totalité. Il suffit d'un soulier convenable, et malgré l'absence du calcanéum, le malade ne sera pas gêné dans sa marche.

Avec ce traitement, il semble que la récidive locale soit rare. Exception doit cependant être faite pour les cas où l'articulation tibio-tarsienne ou les gaines tendineuses sont envahies.

Un cas de néphrotomie lombaire.

Krause, à la Société médicale de Strasbourg, a fait une communication qui offre un certain intérêt, et qui mérite d'être mentionnée.

En présence d'une malade ayant dans ses urines du pus venant du rein, Krause pratiqua l'incision lombaire. Il incisa le rein le long de son bord convexe. Il vit alors un parenchyme rénal sain, mais un bassinet rempli de pus avec muqueuse couverte d'ulcérations. Le bassinet renfermait en outre un gros calcul. Dans ces conditions, Krause jugea prudent de suturer le rein dans la plaie, et de faire, par-dessus, un tamponnement de gaze iodoformée.

Après cette opération, l'on vit la quantité d'urine, secrétée par le rein sain, monter de 300 à 700 grammes. L'urine du second rein passait presque en entier dans le pansement. Aussi, la purulence des urines fut-elle bientôt beaucoup moindre.

Cependant, la suppuration du bassinet ne se modifiait pas; il fallut y faire, à chaque pansement, un lavage complet avec une solution de nitrate d'argent. Grâce à ces lavages, on se rendit maître de la suppuration.

Enfin, la plaie se ferma, et deux fistules restant, on en vint à bout avec des cautérisations au fer rouge.

Aujourd'hui, c'est-à-dire trois mois après l'opération, la malade a engraissé de quatorze livres, la plaie est cicatrisée; la malade urine chaque jour 1,200 grammes d'urine, sans pus. Quant à l'état général, il est considérablement amélioré.

Cette opération constitue évidemment un grand succès. Il suffit, pour s'en rendre compte, de songer à la gravité ordinaire des pyélo-néphrites suppurées, et aux échecs auxquels se sont heurtés différents opérateurs.

Intoxication par la phénacétine.

Il est toujours fort important de connaître les intoxications que tel ou tel médicament peut provoquer soit chez certains sujets prédiposés, soit donné à trop forte dose.

Krœnig, à la *Société de Médecine interne de Berlin*, a montré à quels accidents pouvait donner lieu la phénacétine. Un malade, souffrant d'une vive céphalalgie provoquée par une otite chronique, après avoir pris seize grammes de phénacétine, fut pris brusquement de malaise, de vomissements, de cyanose, et tomba dans le coma le plus complet. Arrivé dans cet état à l'hôpital, il y mourut en quelques heures.

L'autopsie montra des lésions de néphrite aiguë. L'urine était formée de sang presque pur. Le sang laissait voir une leucocytose assez intense s'accompagnant de déformation des globules rouges et de tout ce qui constitue le tableau d'un empoisonnement du sang.

D'autres auteurs, après Krœnig, ont signalé des cas semblables. Frænkel a vu une jeune fille de dix-sept ans succomber, après avoir pris un gramme seulement de phénacétine. Furbringer cite des faits analogues. Enfin Gerhardt, tout en se ralliant pleinement aux vues de ses collègues, tient à faire savoir qu'il a eu l'occasion de traiter un malade qui supportait parfaitement de fortes doses de phénacétine, mais ne pouvait prendre aucun autre médicament, comme antipyrine, salicylate de soude, antifébrine, exalgine.

On sait d'ailleurs, comme nous l'avons dit en commençant, que dans toutes les questions de ce genre, il faut, plus encore que partout ailleurs, tenir compte des causes inhérentes au sujet, qui nous échappent encore actuellement.

ANGLETERRE

Pathogénie du prurit.

Brooke *(Brit. Journal of Dermat.)* recherche les différentes causes qui président à l'apparition du prurit. Il les divise toutes en causes d'ordre interne et en causes d'ordre externe.

Les causes d'ordre interne elles-mêmes sont subdivisées, et l'auteur distingue le prurit d'origine neurotique et le prurit d'origine hématique. Il y ajoute le prurit par compression mécanique et le prurit par sécrétions glandulaires anormales. Ces deux derniers groupes sont moins importants. Reste enfin les prurits dus aux aliments et aux médicaments.

Le prurit d'origine neurotique est un prurit nerveux pur ou un prurit par action réflexe. Le prurit nerveux pur sans prurigo est représenté par le prurit sénile. Toutefois il faut bien savoir que le prurit sénile n'apparaît pas seulement chez les vieillards. Ainsi le voit-on chez des enfants, et souvent limité à une petite surface. C'est par le prurit que commencent certaines maladies comme le lichen simple aigu, comme le prurigo de Hébra, comme les prurigos que M. Besnier appelle diathésiques.

Le prurit par action réflexe est celui qui provient d'un trouble des viscères ou de quelque irritant mécanique ou chimique : ainsi rentrent dans cette classe les prurits du cancer gastro-intestinal, de la grossesse, des vers intestinaux, de l'absorption de la farine d'avoine, des maladies de l'utérus. On sait aussi que les calculs de la vessie s'accompagnent de prurit de l'extrémité de la verge, et que les ascarides produisent du prurit du lobule du nez. Ce sont encore là des types de prurit réflexe.

A côté des deux grandes variétés de prurit d'origine neurotique, il faut citer les prurits d'origine hématique. Ce sont des prurits qui sont dus à la production dans l'organisme des substances toxiques, versées ensuite dans le torrent circulatoire. Tels sont les prurits du diabète, de l'ictère, du rhumatisme, de certaines fermentations intestinales.

Enfin certains médicaments, comme l'opium, la belladone, le mercure, donnent des prurits qui, avec ceux produits par certains aliments, thé, café, alcools, fromages, forment une classe spéciale.

Les prurits qu'on voit chez les gens atteints d'hémorrhoïdes relèvent de compression mécanique. Les causes d'ordre externe qui provoquent le prurit sont plus simples ; elles se divisent en trois groupes : ou bien ce sont des maladies locales de la peau qui occasionnent le prurit, ou bien ce sont des parasites, ou bien des irritants physiques ou chimiques.

ITALIE

Traitement opératoire de l'hypertrophie prostatique

Isnardi *(Riforma medica)*, pour guérir un homme de 72 ans, atteint d'hypertrophie de la prostate compliquée de rétention d'urine, fit la section du canal déférent. Douze jours après l'opération, il y eut moins de troubles vésicaux ; au bout d'un mois, il n'y en eut plus du tout. De plus, les urines qui étaient purulentes sont redevenues normales, et le malade les garde pendant sept heures de la nuit. Il les émet volontairement et sans douleurs. Ce sont là des résultats fort appréciables.

Examine-t-on le malade, et lui fait-on le toucher rectal, on constate une atrophie de la prostate, telle que l'organe ne peut plus être senti. Mais l'atrophie s'étend même au testicule. La castration, d'ailleurs, provoque une atrophie de la prostate ; on trouve cette glande diminuée de volume chez les monorchides, les cryptorchides et les gens atteints d'épididymite chronique.

Isnardi a de nouveau tenté cette opération pour un cas d'hypertrophie de la prostate ; mais il n'a pas obtenu de résultats satisfaisants. Enfin, dans un cas de cancer de la prostate, le résultat fut tout aussi désavantageux.

Il y a encore jusqu'à présent peu de cas d'hypertrophie de la prostate traités de cette manière. L'opération en elle-même est certainement plus simple que toutes les opérations qu'on a essayé de diriger contre l'hypertrophie de la prostate. Enfin, il faut reconnaître que le traitement de cette affection, qui est une menace constante pour le malade qui en est atteint à cause de la pratique de la sonde, aurait tout à bénéficier d'une intervention radicale, si celle-ci est possible,

A côté des observations d'Isnardi, il est bon de citer les expériences de **Pavone** *(Gazetta delgi Ospedali)*. Les expériences portent sur le chien. Pavone a fait les résections unilatérales ou bilatérales des canaux déférents de ces animaux. Il y a toujours eu, par la suite, atrophie de la prostate, tout comme après la castration. Fait d'ailleurs typique, dans le cas de résection unilatérale, l'atrophie ne porte que sur le lobe correspondant de la prostate. Le lobe du côté opposé n'est que très peu atrophié. De plus, le microscope a montré à Pavone que l'atrophie portait sur les éléments musculaires et conjonctifs de la prostate.

Ces expériences conduisent Pavone aux mêmes conclusions que Isnardi. La résection des canaux déférents semble, à l'auteur, supérieure à la castration unilatérale ou bilatérale dans les cas d'hypertrophie de la prostate.

Ce n'est que pour mémoire, dans ces conditions, que l'on rappelle que Bier a proposé de traiter l'hypertrophie de la prostate par la ligature de l'iliaque interne.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 27 novembre. — Présidence de M. Théophile Anger.

A propos de la correspondance. **M. Reclus** remet à la Société une observation de M. Bousquet qui a pour titre : Plaie pénétrante de poitrine, pleurésie purulente, empyème, double Estlander.

M. Tillaux, au nom de M. Buffet (d'Elbeuf), remet quatre observations :

a) Trépanation du crâne pour douleurs et vertiges ;
b) Péritonite tuberculeuse, ascite — laparotomie ;
c) Pseudarthrose du tibia, suture — guérison ;
d) Pneumotomie pour cavernes pulmonaires.

Ces observations sont remises à M. Michaux.

Chirurgie du poumon.

PNEUMOTOMIE

Suite de la discussion.

M. Quénu. — Je ne suis pas de l'avis de M. Bazy, quand il prétend que les ressources médicales sont un mode d'exploration suffisant pour dire où se trouve un foyer purulent dans le poumon. Je conviens que, par la percussion et l'auscultation, les médecins peuvent dire qu'il y a collection de pus dans le parenchyme pulmonaire, mais je prétends que s'ils peuvent en localiser la zone, ils ne peuvent en localiser le siège. C'est aux méthodes chirurgicales que revient le soin de faire cette localisation.

La ponction avec un trocart est, de toutes les méthodes, la première et la plus simple. Mais elle est insuffisante ; quelquefois même, elle est dangereuse.

Un peu plus complexe serait la méthode d'auscultation directe du poumon, après ablation d'un volet thoracique, à l'aide d'un stéthoscope en métal préalablement bouilli. Mais cette méthode n'a pas de valeur, elle ne m'a donné que des résultats nuls, je n'y insiste pas davantage.

Vient enfin l'exploration directe du poumon, sur laquelle le débat est engagé. D'un côté, M. Ricard se déclare partisan de l'exploration directe. On irait ainsi, le thermo-cautère à la main, directement dans le parenchyme pulmonaire, à la recherche de la collection purulente.

De l'autre côté, M. Tuffier propose l'exploration indirecte à travers la plèvre pariétale décollée. Entre ces deux méthodes, enfin, doit être placée celle de M. Bazy qui explore tout simplement le poumon avec un doigt mis dans la cavité pleurale.

Pour lui, l'ouverture de la plèvre ne présente aucun inconvénient.

Cela dépend. Et ici plusieurs points sont, me semble-t-il, à considérer.

a) Il faut, tout d'abord, envisager avec soin la région où l'on opère. Dans certaines régions du thorax, le poumon ne se détache que très peu ou même pas du tout de la paroi. Dès lors, il importe peu d'ouvrir la plèvre, on est, pour ainsi dire, sûr de ne pas créer d'emphysème et de ne pas voir le poumon s'affaisser contre la colonne vertébrale. Dans d'autres régions, au contraire, les poumons se détachent très facilement de la paroi, au cours des mouvements de la respiration. Dès lors, tous les dangers qui tout à l'heure n'avaient pas lieu vont maintenant se présenter. Il est donc dangereux, dans ces conditions, d'ouvrir la plèvre. Ces accidents se montreraient davantage, à mon avis, dans la région postérieure du thorax que dans sa région antérieure.

b) Un second point dont il faut se préoccuper, c'est la façon dont le malade respire. Cela a son importance. C'est ainsi qu'il y a quatre ou cinq jours, j'ai pu enlever en une seule pièce, comprenant peau, muscles et côtes, un ostéo-sarcome de la paroi postéro-latérale du thorax. J'ai pratiqué, sans difficulté aucune, le décollement de la plèvre pariétale. Ce malade a respiré à merveille pendant tout le cours de l'opération.

Il n'en a pas été de même, loin de là, chez un autre malade opéré il y a huit jours dans la même région et qui a eu continuellement la respiration défectueuse.

Je voulus, d'abord, chez ce malade, suturer la plèvre pariétale au poumon. Je ne le pus pas. Force me fut d'ouvrir la plèvre. Mais aussitôt cette ouverture, le malade donna des signes de suffocation et je dus refermer immédiatement la plèvre. Quelques minutes plus tard, nouvelle tentative de ce genre, nouvelle suffocation. Je dus donc m'abstenir définitivement.

De ces faits, je conclus, contrairement à M. Bazy, que la création de larges pneumothorax est grave. Faire une petite incision de la plèvre pariétale dans une région de choix n'offre pas d'inconvénients, mais faire une grande incision pleurale offre de gros dangers. Il faut enfin tenir compte de l'état du malade. En somme, je ne rejette pas, d'une manière absolue, l'exploration directe du poumon par l'incision pleurale, je dirai même que je veux bien l'accepter, mais en faisant d'expresses réserves à cause de l'insuffisance des faits.

J'en arrive, maintenant, à l'exploration indirecte du poumon. Cette exploration consiste, comme nous l'a dit M. Tuffier, à laisser la plèvre intacte et à rechercher, par le palper digital à travers le feuillet pleural décollé mais non ouvert, s'il existe des foyers d'induration du parenchyme pulmonaire qui puissent donner des indications sur l'existence d'un foyer pulmonaire quelconque.

Dans ce genre d'exploration, ce qui me plaît le plus et ce que je recommande, avant tout, c'est de ne pas craindre d'enlever un large plastron de côtes comme je vous en ai cité, tout à l'heure, un cas personnel. Vous conviendrez que, par ce moyen, le doigt explorateur pourra palper, à sa guise, une large surface du poumon, et, si les indications de la zone malade ont été exactement données par les médecins, vous aurez de grandes chances pour tomber ainsi sur le siège du foyer que vous cherchez.

Si cette exploration digitale est insuffisante, pourquoi ne pas mettre en pratique le procédé donné par M. Tuffier ? Je m'empresse de dire que le décollement de la plèvre pariétale m'a déjà donné de bons résultats, notamment dans un cas récent, où l'assistance de M. Tuffier lui-même m'a été d'un précieux secours.

Je sais quelles sont les objections de M. Bazy. Que vous réussissiez, ainsi, dit-il, à reconnaître des lésions superficielles du poumon, soit.

Mais quand il y aura des foyers intra-pulmonaires profonds, vous ne les sentirez pas. A cela je répondrai que M. Bazy ne saurait mieux les sentir avec son doigt mis dans la cavité pleurale. Cela prouve tout simplement qu'il y a des cas difficiles où l'on est obligé, comme l'a fait M. Ricard, d'inciser le parenchyme pour explorer le poumon.

Mais tout cela ne prouve pas que le procédé indiqué par M. Tuffier soit à dédaigner.

En y réfléchissant bien, on voit, en somme, que cette question du traitement des abcès du poumon est plus nouvelle qu'on ne le pense. Au dernier Congrès de chirurgie, M. Reclus, dans son remarquable rapport, a eu le mérite de nettement poser la question, mais la question n'est pas près d'être résolue. Nous n'avons nullement le droit d'être absolus en quoi que ce soit sur ce chapitre. C'est à peine si chacun de nous possède un ou deux faits ayant trait à cette partie de la chirurgie. Dans quelques temps seulement, nous pourrons entreprendre là-dessus une discussion fructueuse et nous pourrons alors poser des conclusions de quelque valeur. Comme autrefois celle de l'appendicite, la question sur laquelle porte aujourd'hui le débat n'est pas encore mûre.

Songez aux nombreux points qui se présentent dès l'abord à l'esprit quand on envisage la question de la pneumotomie. Quels sont, en premier lieu, la nature et le siège de l'abcès ? Est-ce un kyste hydatique, est-ce un abcès interlobaire, ou un abcès pulmonaire ? Il faut bien savoir que chacun de ces sortes de foyers se compose de façons différente. C'est ensuite la question de l'âge de la lésion qui se pose, et beaucoup d'autres sujets encore ?

En définitive, je dirai que, tant au point de vue de la pathogénie que de la conclusion opératoire, nous devons attendre pour discuter sur cette question de la pneumotomie pour foyers pul-

monaires. Et c'est pour montrer le côté vague de la question que j'ai tenu à prendre la parole.

M. Poirier. — Dans sa communication de la dernière séance, M. Bazy a parlé de mes recherches anatomiques sur la *décollabilité* de la plèvre pariétale. Il s'agit là d'anciennes expériences. Elles ont démontré que cette *décollabilité* est facile sur un sujet sain, et seulement difficile au niveau du bord interne de la gouttière costale. Voilà pour la plèvre saine.

Sur la plèvre pathologique, si la lésion pleurale est à l'état aigu, le décollement se fait encore; mais quand une plèvre est chroniquement enflammée, et je parle ici des plèvres qui ont un ou deux millimètres d'épaisseur, elle ne se décolle guère.

Quant à l'exploration du poumon à travers la plèvre décollée tant bien que mal, je ne veux pas partager les heureuses prévisions de M. Tuffier, notamment en raison d'un cas, opéré à Menton, avec l'aide de notre bibliothécaire M. Petit, cas dans lequel il s'agissait d'un foyer pulmonaire que j'ai complètement ignoré, faute de ne pas avoir ouvert le poumon. J'ajoute que ce cas m'a fourni, de plus, la preuve évidente que, comme on l'a déjà dit, les médecins ne peuvent préciser exactement, par l'auscultation, le siège d'un foyer pulmonaire et qu'ils ont tendance à le localiser toujours trop haut.

M. Delorme. — Je ne puis avoir d'opinion ferme sur la question qui nous occupe. La solution de cette question demanderait avant tout que les faits expérimentaux présentés fussent contrôlés. Cependant, je ne puis m'empêcher de faire remarquer que, selon moi, M. Tuffier et M. Bazy ont considérablement exagéré les faits.

Fort de mes recherches récentes sur le décollement de la plèvre, recherches auxquelles j'ai fait allusion dans l'une des dernières séances, je dirai que le décollement de la plèvre est facile, mais qu'il faut mettre dans ce décollement du temps et des soins méticuleux. Cela étant connu, pourquoi ne profiterions-nous pas des conseils que nous a donnés M. Tuffier quitte à aller, en cas d'échec, faire l'incision de la plèvre comme l'a fait M. Bazy.

Laissez-moi maintenant faire une petite digression. Il s'agit d'un moyen de traiter le pneumothorax chirurgical sur lequel les chirurgiens n'ont pas insisté. Il semble, en effet que les chirurgiens n'ont pas le souci de la congestion aiguë du poumon resté sain, laquelle se produit en pareil cas, et encore moins de la dilatation aiguë du cœur droit. Ce sont cependant des conditions dont il faut se préoccuper, et il me semble que, pour pallier à cet inconvénient, il y aurait intérêt à éviter la dilatation du cœur droit et la congestion pulmonaire en liant les membres à leur racine, de façon telle que la circulation veineuse superficielle fût entravée sans gêne pour la circulation artérielle. Dans le même but, on pourrait même réaliser l'expérience de Beau et faire une saignée préventive.

M. Michaux. — On ne discute aujourd'hui que sur les moyens d'aller explorer le poumon et l'on néglige l'exploration du poumon lui-même.

J'ai déjà dit que dans les cas graves le décollement de la plèvre pariétale ne suffisait pas, mais qu'il fallait faire l'incision de la plèvre. M. Ricard et moi nous avons fait plus, nous avons, une fois la plèvre ouverte, exploré le poumon en le ponctionnant dans diverses directions. Nous avons pu, ainsi, nous rendre compte de la tolérance vraiment surprenante du poumon pour cette sorte d'examen et c'est sur cette tolérance et sur ce mode d'explorer le poumon que je voudrais attirer aujourd'hui l'attention.

M. Ricard a même usé, dans notre opération en commun, d'un petit subterfuge qui me semble mériter d'être recommandé. Après avoir ouvert le poumon et tracé une route pour l'exploration directe, M. Ricard s'est servi uniquement de son doigt et de la sonde cannelée pour achever de créer la voie vers le foyer pulmonaire.

Malgré les bons résultats que nous avons obtenus, je me garderai bien d'être absolu sur notre manière de faire. J'imiterai, en cela, le sage prudence de M. Quénu, convaincu qu'il y a des cas plus difficiles encore et qui nous échapperont peut-être toujours.

En passant, je considère l'auscultation comme un mode d'exploration totalement insuffisant.

En terminant, enfin, j'insiste, de nouveau, sur la tolérance du poumon aux divers modes d'examen même les plus directs et je crois qu'il y a beaucoup à faire dans cette voie de l'exploration directe du poumon avec le doigt.

M. Berger. — Je n'ai entendu que les derniers mots de M. Michaux et comme lui, je crois que l'auscultation est très insuffisante pour localiser le siège des collections intra-pulmonaires. Autrefois, sur les données fournies par l'auscultation, j'ai effondré le parenchyme pulmonaire avec le thermo-cautère, allant à la rencontre d'un abcès que je n'ai pas vu. Le malade est mort et à l'autopsie, on a bel et bien trouvé deux abcès voisins l'un de l'autre. Dans ma recherche avec la sonde cannelée qui avait complété l'action du thermo-cautère, j'étais tout simplement passé entre les deux collections sans en avoir aucune. L'auscultation est donc insuffisante.

Peut-on faire plus par l'exploration directe du poumon? Peut-être ; mais songez à tous les cas incertains que nous avons tous rencontrés. Il en est de même, soyez-en sûrs, dans la plupart des cas chirurgicaux, où l'on ne sent absolument rien du poumon à cause des adhérences pleurales. Il en est encore de même lorsque l'on met le doigt dans la cavité pleurale suppurée.

Il est rare, à mon avis, que la plèvre soit dans des conditions qui permettent une exploration sérieuse du poumon. Il faut convenir, cependant, que M. Tuffier a eu la chance de rencontrer ce cas.

Quant aux nouvelles méthodes proposées l'une par M. Tuffier, l'autre par M. Bazy, je me tiens en garde contre elles. D'une part, autant que mes recherches de prosecteur me permettent de me le rappeler, le décollement de la plèvre pariétale me paraît difficile. Je crois que lorsque l'on veut décoller la plèvre, le pneumothorax est là qui veille. D'autre part, la manœuvre de M. Bazy me paraît bien imprudente et je crains davantage même le pneumothorax avec M. Bazy qu'avec M. Tuffier.

M. Bazy. — Je dois tout d'abord régler le premier point de la réponse que m'a faite M. Tuffier. Son malade est bien mort comme on l'a écrit et non insinué dans le *Bulletin Médical*; il suffit de lire la rectification qui a été faite dans ce journal. La faute n'est pas d'avoir perdu un malade; mais, comme dit M. Quénu, il serait intéressant de connaître l'avenir des opérés sur lesquels on a pratiqué les méthodes ici proposées. Vous conviendrez que cela devient impossible pour le cas de M. Tuffier.

Il me semble que M. Quénu « a mis beaucoup d'eau dans son vin ». Je n'en retiens pas moins qu'il pense comme moi pour la plupart des cas. Je retiens aussi, quant au décollement de la plèvre, que M. Poirier, dans ses recherches, a trouvé des cas où le décollement était facile, d'autres cas où il était difficile.

M. Berger est aussi convaincu de cette difficulté.

M. Delorme dit, de son côté, qu'il faut du temps et des soins méticuleux pour faire ce décollement sans danger.

Or, dans une intervention chirurgicale, il faut aller aussi vite que possible et tous ces orateurs, en somme, ont parlé comme moi.

M. Quénu raconte, il est vrai, qu'il a enlevé un large plastron costal sans déchirer la plèvre. Mais il ne nous dit pas si cette plèvre adhérait ou non au poumon. Je veux bien, en pareil cas, féliciter M. Quénu de cette habileté opératoire que tout le monde lui connaît, mais je ne peux pas, pour cela, convenir de la facilité du décollement pleural.

Quant au manuel opératoire que j'ai préconisé, il me semble que l'on a exagéré extraordinairement sa portée. D'abord, m'étant trouvé, un jour, en face d'une plèvre et d'un poumon qui semblaient sains, j'ai été embarrassé pour savoir ce que je devais faire. C'est alors que j'ai délibérément, pour la première fois,

incisé la plèvre, créé une petite ouverture et protégé, avec des compresses, le reste de la cavité pleurale. Il y a donc loin de là à cette ouverture large de la plèvre que l'on m'a prêtée. Cette incision m'a permis de promener mon doigt sur un certain rayon du parenchyme pulmonaire et de l'explorer. Voilà tout.

Quant au pneumothorax, est-il aussi grave qu'on se plaît à le penser. Nos collègues de l'armée nous diront qu'ils en ont vu guérir un certain nombre. D'autre part, le pneumothorax chirurgical est connu depuis longtemps.

Or, quelle différence voyez-vous entre le pneumothorax accidentel et le pneumothorax chirurgical ? Pour moi, il n'y en a pas.

Donc, en agissant avec prudence comme je l'ai fait, on peut sans danger ouvrir la plèvre. MM. Ricard, Michaux et moi nous avons eu ainsi des succès.

En terminant, je trouve qu'il est beaucoup plus simple, quand on a fait l'incision de la paroi, d'ouvrir délibérément la plèvre pour aller palper le poumon plutôt que décoller cette plèvre et de palper le poumon à travers elle. Il est vrai que si l'on enlève un large plastron costal; comme l'a fait M. Quénu, le décollement pleural, sous les côtes qui restent, devient inutile, et l'on est à même, sans cela, de palper le poumon sur une assez large surface.

M. Quénu. — Il y a, je le répète, une très grosse différence entre l'opinion de M. Bazy et la mienne. M. Bazy est absolu dans ses idées, tandis que je suis un éclectique qui proteste contre un tel absolutisme et veut attendre quelque temps avant d'avoir des idées arrêtées sur la question.

Je n'ai pas rejeté l'incision de la plèvre telle que l'a conseillée M. Bazy.

Je me suis contenté d'en montrer ses dangers au point de vue du pneumothorax.

J'ai voulu enfin recommander de ne pas rejeter le moyen de M. Tuffier. Voilà tout.

A propos du pneumothorax, M. Bazy ne nous a nullement démontré que c'était là un accident plein de bénignité. Au contraire, il a fait une confusion absolue en mettant le pneumothorax chirurgical sur le même plan que le pneumothorax accidentel.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. Bazy présente un feuillet pleural qu'il a pu décoller facilement, mais c'est un feuillet pleural pathologique. Il se propose d'apporter un feuillet pleural sain à la prochaine séance.

Plaies multiples par balles de revolver.

M. Peyrot pour une plaie pénétrante de l'abdomen, par balle de revolver, accompagnée d'autres plaies multiples de même nature, a dû faire l'ablation de la rate. La balle avait traversé le parenchyme splénique de dehors en dedans, était sortie par le hile de la rate, avait délacéré les vaisseaux courts et éraflé la surface de l'estomac, mais sans le perforer. Le malade s'est bien trouvé des suites de son opération. Il est néanmoins mort quelques jours plus tard.

M. Peyrot attribue sa mort aux balles qu'il avait reçues dans la tête. Mais l'examen fait à la Morgue a été muet sur ce point.

A noter que, avant sa mort qui a été rapide, le malade a fait une forte ascension de la température et est tombé dans le collapsus.

M. Quénu. — Cette forte ascension thermique n'était-elle pas l'indice d'une hémorrhagie interne ?

M. Peyrot. — On m'a dit à la Morgue qu'il n'y avait pas d'épanchement de sang dans le péritoine.

M. Delorme. — Je me propose de faire, dans la prochaine séance, une interpellation sur ces cas de variations thermiques intenses dans les cas d'hémorrhagie interne.

M. Kirmisson. — Le cas de M. Peyrot eût été intéressant à connaître dans sa totalité. A la Morgue, en somme, on n'a rien dit des autres plaies du malade. Nous devrions profiter de ces cas pour demander de faire nous-mêmes l'autopsie des malades blessés que l'on apporte mourir dans notre service pour les transporter ensuite à la Morgue. Des cas de ce genre sont toujours intéressants et toujours ils nous échappent.

PETIT.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 novembre 1895.

De la « puériculture » intra-utérine.

M. Pinard. — Les plus beaux enfants qui naissent à la clinique Baudelocque appartiennent à des femmes nécessiteuses qui, quelques jours avant leur accouchement, ont été recueillies dans des asiles offerts aux femmes enceintes. Cette observation m'a conduit à faire l'étude comparative du poids des enfants nés de 500 femmes reposées et soignées au dortoir de la clinique ou au refuge, et de 500 femmes ayant travaillé jusqu'au moment de leur accouchement.

a) Pour les 500 femmes venues directement dans mon service, le poids total des enfants est 1,505 kilogrammes; le poids moyen d'un enfant est 3,010 grammes.

b) Pour les 500 femmes ayant séjourné au moins dix jours au refuge, le poids total des enfants est de 1,645 kilogrammes ; le poids moyen d'un enfant est 3,290 grammes.

c) Pour les 500 femmes s'étant reposées au dortoir, le poids total des enfants est 1,683 kilogrammes; le poids moyen d'un enfant est 3,366 grammes.

Il y a donc un gain de 178 kilogrammes en faveur des enfants des femmes venant du dortoir.

La moyenne du poids plus forte pour les enfants des femmes du dortoir que pour ceux des femmes du refuge s'explique par la proportion plus considérable des primipares au refuge que dans mon service ; la statistique donne :

Au refuge, 69 primipares pour 31 multipares ; à la clinique, 45 primipares pour 55 multipares.

En effet, si l'on compare les chiffres de M. Tarnier pris pendant seize ans à la Maternité,

Poids moyens des enfants de femmes primipares :

Garçons	3.164 grammes.
Filles	3.101 —

Poids moyen des enfants de femmes multipares :

Garçons	3.372 grammes.
Filles	3.120 —

On voit qu'il existe une différence de poids en faveur des enfants de multipares.

La cause de cette augmentation de poids des enfants chez les femmes enceintes soignées doit être cherchée dans la durée de la plus grande de la grossesse en comptant le laps de temps écoulé depuis les dernières règles jusqu'à l'accouchement.

Chez 1,000 femmes ayant travaillé jusqu'à l'accouchement, la durée de la grossesse a été de plus de 280 jours dans plus de 482 cas, de 270 à 280 jours dans 279 cas, de moins de 270 jours dans 239 cas.

Chez 1,000 femmes ayant séjourné au dortoir ou au refuge, la durée de la grossesse a été de plus de 280 jours dans plus de 660 cas, de 270 à 280 jours dans 214 cas, de moins de 270 jours dans 126 cas.

Ces chiffres sont suffisamment éloquents pour prouver que le surmenage diminue la durée de la gestation. Il faut donc, pour que le développement de l'enfant soit aussi parfait que possible, soigner la mère pendant la grossesse, en se souvenant « qu'un casier utérin vide est aussi nécessaire dans l'existence qu'un bon casier judiciaire. »

J. P.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 22 novembre.

Sur la contagiosité de la scarlatine, spécialement au début.

M. Lemoine (Val-de-Grâce). — On a admis pendant longtemps que la contagion de la scarlatine ne s'exerçait que pendant la période de desquamation. Il est démontré aujourd'hui que la scarlatine est contagieuse pendant l'éruption et même dans la période pré-éruptive, mais on n'est pas d'accord sur le danger qu'offre, en particulier, chaque période de la maladie au point de vue de la contagion. En d'autres termes, est-ce dans les squames épidermiques que réside l'agent de la contagion, est-ce plutôt dans la gorge et la cavité buccale, et quelle part doit-on faire à ces deux modes de contagion? La question n'a pas un intérêt purement spéculatif, car sa solution entraîne l'adoption de mesures prophylactiques plus précises.

Il n'existe réellement que deux observations bien nettes (Sanné et Grasset) dans lesquelles les squames épidermiques paraissent avoir produit à elles seules la contagion; encore ne s'agit-il pas là de contagion à une période très éloignée du début de la scarlatine, du moins pour le cas de Grasset, puisque la squame épidermique a été envoyée trois semaines après le début de l'affection. L'observation de Sanné n'indique pas de date.

Dans ces deux cas, il y a eu envoi, par lettre, de débris épidermiques. Mais, dans le premier, c'est la malade elle-même qui a écrit la lettre, qui l'a cachetée sans doute. Dès lors, ne peut-il s'y être introduit par là même des éléments conservés dans la salive? Dans le second cas, ce sont les parents qui ont écrit et envoyé la lettre. Or, ceux-ci avaient probablement soigné la gorge du malade et des produits pharyngés ont pu être conservés par eux. Enfin, qui ne sait avec quelle facilité un malade atteint d'angine se souille et souille les objets qui l'entourent avec sa salive et les sécrétions de sa gorge. Une squame cutanée peut donc être aisément imprégnée, de la sorte, de produits buccaux et devenir ainsi agent de contagion. En somme, les faits cliniques à l'appui de la contagion de la scarlatine par les produits de desquamation seuls ne sont pas exempts d'objection, et, en tous cas, ils sont extrêmement rares. Quant aux faits expérimentaux, consistant en inoculation des squames épidermiques, ils ne sont pas plus probants.

Le rôle de ces squames dans la contagion de la scarlatine paraît encore plus douteux si, en regard des deux observations de Sanné et de Grasset, on place le groupe important des faits qui montrent la contagion s'exerçant à la suite des scarlatines frustes, et principalement à la suite de ces formes (*scarlatinæ sine scarlatinis* de Gubler, *scarlatinettes* de Roger) où l'angine est l'unique expression du processus infectieux, processus assez grave parfois pour entraîner la mort et parfois, au contraire, extrêmement bénin.

Un assez grand nombre de cas relevés au cours de deux épidémies de scarlatine que j'ai observées, l'une, en 1886, au 32e d'artillerie, l'autre, cette année même, dans la garnison de Paris, me portent à penser que la contagion doit être plutôt attribuée aux accidents du début qu'à ceux de la convalescence.

J'ai été amené à cette opinion, d'une part, en raison de la marche générale de ces deux épidémies et, d'autre part, en raison de certains faits particuliers qui m'ont paru très démonstratifs (cas intérieurs développés dans une infirmerie, dans un hôpital, dans une famille).

1° Marche générale des épidémies. — Lorsque des cas de scarlatine se produisent dans un régiment, le diagnostic est posé dès le début de la période d'éruption, et les malades sont aussitôt envoyés à l'hôpital. Ils sont donc éloignés du milieu contaminable, alors qu'il n'existe chez eux aucune exfoliation épidermique, et cependant l'épidémie continue, atteignant, en général, les hommes qui appartiennent au même groupe, à la même compagnie, à la même batterie, à la même chambre ou aux chambres voisines.

Alors même que la scarlatine existe en ville et que, de ce fait, on peut penser à des apports de germes contagieux à la caserne, on ne saurait soutenir que ce dernier mode de contamination est le plus fréquent.

On s'expliquerait, du reste, assez mal, dans cette hypothèse, que la maladie ait une prédilection manifeste pour les hommes d'une même compagnie, d'une même batterie, d'une même chambrée, au lieu de frapper un peu au hasard dans tout le régiment ou dans toute la caserne. J'ajoute que, dans les deux épidémies auxquelles je fais allusion, j'ai pu me rendre compte que la maladie s'était bien développée par transmissions successives d'hommes à hommes, ce qui m'a conduit tout naturellement à incriminer comme éléments contagieux les accidents du début.

2° Faits particuliers. — J'ai été amené à la même conclusion par un certain nombre de faits particuliers. Pour plus de sûreté, je n'ai attaché de la valeur qu'à ceux observés aux débuts mêmes des épidémies ou concernant des hommes qui n'étaient pas sortis en ville depuis au moins vingt jours, ou qui étaient en traitement soit à l'infirmerie, soit à l'hôpital, pour d'autres maladies, depuis un certain temps.

M. Lemoine donne les observations détaillées de ces malades (une douzaine de cas environ), puis il conclut ainsi :

En résumé, les faits que je viens de rapporter et de discuter m'engagent à penser que le contage scarlatineux est élaboré au début de l'affection et, très vraisemblablement, là où se trouve la porte d'entrée ordinaire : le pharynx. C'est donc là surtout qu'il faut le poursuivre et l'atteindre. Aussi, comme l'ont conseillé MM. Hutinel, Deschamps et Sevestre, doit-on continuer les irrigations buccales longtemps après la disparition de l'angine, sans négliger pour cela les bains désinfectants, puisque les squames épidermiques peuvent être souillées secondairement. Je suis persuadé que, dans ces conditions, on ne serait pas obligé d'attendre que la dernière squame soit tombée pour rendre le malade au milieu commun.

Malheureusement, nous ne sommes pas aussi bien outillés ici que pour la diphtérie, bien que, depuis les recherches de Bourges et Wurtz, nous connaissions l'agent qui vient se greffer sur le pharynx pour y provoquer des accidents locaux et parfois généraux, mais secondaires. Nous ne connaissons pas l'agent spécifique de la scarlatine, qui semble cependant lié bien intimement au streptocoque; aussi n'avons-nous pas de critérium qui puisse nous guider sur la durée de l'isolement. Du moins savons-nous à quel organe nous adresser pour diminuer, autant que possible, la rigueur de cet isolement.

M. Le Gendre. — La possibilité de la contagion au début de la scarlatine n'est pas douteuse. J'en ai observé récemment trois cas authentiques. Ce qui est difficile à déterminer, c'est la durée de la contagion. Peut-être est-on allé trop loin en disant six semaines.

M. Sevestre. — On diminue certainement cette durée en faisant une antisepsie très sérieuse, de la bouche surtout, comme vient de le dire M. Lemoine. Dans ces conditions, je n'ai pas craint de laisser sortir des enfants — qui me touchaient de très près — au trentième ou trente-cinquième jour de leur maladie et j'ai eu la certitude qu'ils n'avaient contaminé aucune des personnes avec lesquelles ils s'étaient trouvés en contact.

Avec M. Lemoine, je pense que la scarlatine est contagieuse au début et pendant l'éruption.

Sur l'énanthème buccal de la rougeole.

M. Comby. — J'ai constaté d'une façon régulière chez les morbilleux, au moment de l'apparition de l'énanthème sur la voûte palatine, les signes suivants du côté de la bouche :

1° Un gonflement général, mais modéré de la muqueuse des gencives, des joues, de la langue;

2° Une rougeur violacée de toutes ces parties, avec ou sans salivation exagérée;

3° Un exsudat pultacé, opalin, crémeux, les recouvrant partiellement et inégalement. Il forme souvent des festons autour des dents. On peut l'enlever avec la pulpe des doigts sans faire saigner la muqueuse qui est intacte.

On peut donc dire que l'énanthème de la rougeole se traduit sous la forme de stomatite érythémato-pultacée. Cet énanthème peut précéder l'exanthème. Il l'accompagne toujours et disparaît avec lui. Il peut servir au diagnostic entre la rougeole et la rubéole, car il n'existe pas dans cette dernière.

M. Marfan admet la stomatite érythémateuse comme symptôme de la rougeole, mais non la stomatite pultacée. Celle-ci est due à une infection secondaire résultant de l'état de septicité de la bouche. On observe d'ailleurs cette stomatite pultacée dans nombre d'affections fébriles, en particulier dans la fièvre typhoïde. D'autre part, elle manque souvent dans la rougeole.

M. Rendu appuie les observations de M. Marfan. Dans la rougeole de l'adulte, cette stomatite est loin d'être un signe constant.

H. M.

M. Millard a prononcé, au cours de la séance, le discours suivant :

Messieurs et chers collègues,

Au moment de quitter le service actif des hôpitaux, après plus de trente-cinq ans d'exercice, j'ai à cœur de vous remercier des témoignages répétés d'estime et de sympathie que vous m'avez donnés durant cette longue période. Après m'avoir appelé à présider vos séances en 1883, vous m'avez fait l'insigne honneur de m'élire par deux fois, en 1886 et en 1889, pour vous représenter au conseil de surveillance.

Dans ce poste d'honneur, et quelquefois de combat, au milieu de transformations difficiles, je me suis efforcé, comme je vous l'avais promis, de soutenir avec vigilance et avec fermeté nos intérêts et nos prérogatives. M'inspirant de nos délibérations, j'ai particulièrement secondé, parmi les réformes hospitalières, celles qui ont trait au perfectionnement de notre outillage scientifique, à l'amélioration des services, à l'installation de laboratoires et surtout à l'enseignement des élèves. Il m'a paru qu'il y avait un très grand intérêt pour tout le monde à resserrer les liens qui doivent rattacher à la Faculté le corps enseignant des hôpitaux.

J'ai cru devoir, au contraire, combattre avec énergie les mesures qui, sous prétexte de progrès, me paraissaient de nature à entraver la liberté des malades, à établir des barrières entre eux et nous qui, en nous écartant des consultations externes, et en nous reléguant dans nos salles comme dans des infirmeries pénitentiaires, menaçaient à la fois notre dignité et nos privilèges traditionnels.

Il ne faut pas se le dissimuler, l'Assistance publique de Paris traverse une crise des plus sérieuses. Il semble qu'on cherche à la désorganiser, à lui ravir son antique indépendance en même temps que son patrimoine particulier qui est celui des pauvres. On veut la transformer en une institution purement municipale et traiter comme de simples employés les médecins et les chirurgiens qui ont conquis leurs grades par les études les plus fortes et les concours les plus difficiles, qui occupent dans la science et dans l'art le premier rang, qui prodiguent gratuitement et tous les jours leurs soins et leur dévouement aux malades, et qui ont su, de tout temps, mériter la confiance et la reconnaissance de la population parisienne.

A de pareilles tendances, la meilleure réponse est, assurément, le choix que vous venez de faire de mon éminent successeur, du maître incontesté qui, malgré sa haute situation scientifique et professionnelle, n'a jamais négligé les malheureux ni cessé de demeurer pour nous tous un modèle dans l'accomplissement de ses devoirs hospitaliers.

Quant à moi, chers collègues, j'emporterai dans ma retraite le souvenir fidèle et reconnaissant des encouragements que vous m'avez donnés dans le cours des neuf années pendant lesquelles j'ai eu l'honneur d'être votre représentant et qui resteront comme le couronnement de ma carrière. *(Applaudissements répétés.)*

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 23 novembre.

Du rôle du foie dans la production de la substance qui empêche le sang de se coaguler sous l'influence de la peptone.

M. Gley rappelle qu'il a démontré que la ligature des vaisseaux lymphatiques du foie empêche la coagulation du sang par la peptone. C'est donc le foie qui, sous l'influence de la peptone, fabrique la substance anticoagulante.

De plus, l'extirpation totale du foie faite chez des chiens auxquels on a injecté ensuite de la peptone du commerce, a démontré que, dans ces conditions, la peptone était sans action et que le sang restait coagulable. Enfin, l'action de la peptone sur le sang a persisté quand l'ablation du foie a été incomplète.

Donc, c'est bien par l'intermédiaire du foie que s'exerce l'action anticoagulante de la peptone.

Sur les fonctions statique et hydrostatique de la vessie natatoire et leurs rapports avec les fonctions labyrinthiques.

M. Bornier. — La ponction de la vessie natatoire des cyprins entraîne les phénomènes suivants : des troubles 1° dans la fonction respiratoire; 2° dans le maintien de l'altitude; 3° dans celui de l'attitude. Ces poissons ponctionnés ne peuvent planer et subissent un roulis assez marqué lorsqu'ils se servent de leur queue.

Expérience tendant à réaliser une condition de la circulation cérébrale.

MM. Ganducheau et **Bussière** communiquent un travail fait dans le laboratoire de physiologie de la Faculté de médecine de Bordeaux.

M. Iscovesco communique le cas d'un paralytique général qui a présenté pendant les derniers jours de sa vie une hypothermie rare (28° et 29°).

MM. Phisali et **Bertrand** communiquent une note sur l'emploi du sang de vipère et de couleuvre comme substance antivenimeuse.

J. P.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance du 14 novembre 1895.

Observation d'une affection probablement parasitaire de la langue chez un nouveau-né.

M. Porak. — Il s'agit d'un enfant né avant terme, débile, pesant 1,850 grammes, qui présenta sur la langue, quatre jours après sa naissance, des plaques blanches, exhaussées, s'enlevant facilement par le frottement et laissant sous elle la surface de la muqueuse lisse et rose.

Pendant les deux jours où on les observa, en l'absence de tout traitement donné à l'enfant, ces plaques restèrent fixes comme nombre et comme aspect. Une fois enlevées, elles ne se sont pas reproduites. L'examen microscopique a montré qu'elles contenaient des filaments de mycélium et des éléments d'une levure spéciale, qui a pu être cultivée, sans cellules épithéliales. L'examen comparatif de la bouche d'enfants du même âge a démontré que chez ces derniers, cette levure n'existait pas.

Lésions vasculaires de l'utérus de métrite.

MM. Pichevin et Petit. — L'hystérectomie vaginale pratiquée chez une femme, qui depuis plusieurs années avait des métrorrbagies abondantes, a permis de constater les lésions suivantes : La muqueuse utérine n'était pas fongueuse, les parois

étaient épaissies. Au microscope on constate une multiplication considérable des vaisseaux avec augmentation de leur calibre et épaississement de leurs tuniques. Le tissu périvasculaire était lui-même plus épais. Quant aux capillaires ils étaient élargis, les lymphatiques augmentés de volume. Le maximum des lésions s'observait au niveau de la couche moyenne de l'utérus où on remarquait un épaississement du tissus conjonctif, la présence de faisceaux fibreux volumineux et la disparition partielle de la fibre musculaire.

M. Pichevin. — Dans un cas de péritonite survenue à la suite d'une hystérectomie vaginale, M. Pichevin fit une laparatomie deux jours après l'opération. Il trouve une péritonite généralisée, une certaine quantité de pus dans le péritoine; lavage, guérison.

Le pus péritonéal contenait exclusivement des staphylocoques blancs. Voici les résultats de nos expériences sur les animaux :

1° L'injection du pus péritonéal ou d'une culture pure de staphylocoques blancs, dans bouillon étendu d'eau, ne produit pas de péritoine (Grawitz, Reichel, Orth, Waterhouse, Burjinsky, contrairement à Pawlosky).

2° L'injection de staphylocoques et de sang dans le cœlome donne naissance à une péritonite mortelle en 14 jours.

3° Si l'on gratte le péritoine, si on l'irrite avec de la térébenthine, l'injection de staphylocoques et de sang tue le lapin en 5 jours.

4° Toute lésion péritonéale un peu étendue ne détermine pas *fatalement* l'éclosion d'une péritonite, comme l'a dit Grawitz, si on injecte dans la cavité péritonéale du sang et des microbes pathogènes.

5° Les lésions péritonéales favorisent certainement le développement de la péritonite, mais elles ne semblent pas être indispensables à la genèse de l'infection péritonéale.

6° Le péritoine se défend mieux contre l'invasion des staphylocoques que ne le fait le tissu cellulaire (abcès de la paroi sans péritonite).

7° La virulence des staphylocoques s'accroît singulièrement par le passage successif sous la peau de deux cobayes et d'un lapin.

8° L'injection de ces staphylocoques à virulence très exaltée dans le cœlome produit une inflammation péritonéale.

9° L'injection de sang et de ces staphylocoques à virulence très exaltée dans le péritoine tue les animaux en moins de 20 heures. La péritonite est déjà intense, 4 heures après l'opération. Ces résultats confirment ceux de Burjinsky et expliquent peut-être les divergences signalées entre Grawitz et Pawlosky. Nos staphylocoques provenant du pus péritonéal de notre malade introduits dans le cœlome disparaissaient et étaient inoffensifs. Ces mêmes germes pathogènes, *après différents passages*, produisent une péritonite très manifeste.

10° Contrairement à ce qu'avance Bumm, la péritonite post-opératoire est contagieuse; elle peut être soit à staphylocoques, soit à streptocoques exclusivement, soit à microbes multiples et variés.

11° La gravité et la rapidité de l'infection et de la mort dépendent du milieu de culture, de l'étendue des lésions péritonéales et *surtout* du degré de virulence des germes pathogènes. Des staphylocoques, suivant leur virulence, peuvent tuer les animaux en 14 jours, en 5 jours, en moins de 20 heures.

Après avoir étudié la symptomatologie de la septicémie péritonéale post-opératoire, M. Pichevin conclut que le lavage péritonéal est une ressource suprême. On doit le faire rapidement, et faire passer dans le péritoine 20 litres d'eau salée ou d'eau boriquée.

M. Nitot a fait, en 1893, une laparatomie pour péritonite post-opératoire; sa malade a guéri, mais depuis il a eu trois insuccès. Malgré tout, il est disposé, le cas échant, à recourir de nouveau à l'ouverture et au lavage du péritoine.

M. Porak vient de cureter dans son service une femme atteinte de péritonite puerpérale, consécutive à la rétention d'un placenta fétide, l'avortement remontant à plusieurs jours. Dès le premier jour, la culture du sang révèle un grande quantité de streptocoques. Cela lui parut une contre-indication à la laparatomie et au lavage du péritoine. La femme succomba.

ACTES DE LA FACULTÉ

DU 2 AU 7 DÉCEMBRE 1895

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 2 décembre, à 1 heure. — 2e (2e partie) : MM. Ch. Richet, Retterer, Heim. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Terrier, Broca, Walther. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Reclus, Ricard, Lejars. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu : MM. Fournier, Gilles de la Tourette, Widal. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Delbet, Varnier.

Mardi 3 décembre, à 1 heure. — *Médecine opératoire, épreuve pratique* : MM. Duplay, Farabeuf, Thiéry. — 2e (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Gley, Chassevant. — 3e (2e partie) : MM. Laboulbène, Raymond, Thoinot. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité : MM. Guyon, Berger, Albarran. — 5e (2e partie), Charité (1re série) : MM. Jaccoud, Proust, Charrin. — 5e (2e partie), Charité (2e série) : MM. Cornil, Hutinel, Marfan.

Mercredi 4 décembre, à 1 heure. — *Médecine opératoire, épreuve pratique* : MM. Terrier, Tuffier, Poirier. — 3e Oral (1re partie) : MM. Reclus, Delbet, Varnier.

Jeudi 5 décembre, à 1 heure. — *Médecine opératoire, épreuve pratique* : MM. Farabeuf, Albarran, Hartmann. — 2e (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Gley, Chassevant. — 3e Oral (1re partie) : MM. Guyon, Nélaton, Bonnaire. — 3e (2e partie) : MM. Cornil, Hutinel, Marie. — 4e : MM. Proust, Gilbert, Thoinet.

Vendredi 6 décembre, à 1 heure. — 2e (2e partie) : MM. Ch. Richet, Retterer, Weiss. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité (1re série) : MM. Tillaux, Tuffier, Broca. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité (2e série) : MM. Reclus, Sebileau, Thiéry. — 5e (2e partie), Charité : MM. Potain, Landouzy, Letulle. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Varnier, Lejars.

Samedi 7 décembre, à 1 heure. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Duplay, Nélaton, Albarran. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Berger, Hartmann, Thiéry. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu : MM. Joffroy, Chantemesse, Gilbert. — 5e (2e partie), Charité (1re série) : MM. Debove, Hutinel, Marie. — 5e (2e partie), Charité (2e série) : MM. Raymond, Letulle, Achard. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique d'Accouchements, rue d'Assas : MM. Bar, Maygrier, Bonnaire.

THÈSES DE DOCTORAT

Mercredi 4 décembre, à 1 heure. — *M. Boullier* : Etudes cliniques sur les intoxications par le sous-nitrate de bismuth à l'extérieur (MM. Potain, Joffroy, Gaucher, Wurtz). — *M. Petitbon* : Contribution à l'étude de la gastrite scléreuse hypertrophique ; ses rapports avec le cancer (MM. Potain, Joffroy, Gaucher, Wurtz). — *M. Roché* : Examen clinique et bactériologique de 137 cas de diphtérie de l'adulte traités à l'hôpital Lariboisière (MM. Fournier, Straus, Gilles de la Tourette, Netter). — *M. Lacroix* : Contribution à l'étude de quelques conséquences éloignées de la syphilis (MM. Fournier, Straus, Gilles de la Tourette, Netter). — *M. Leray* : Des lésions tuberculeuses chez l'homme et dans la série animale; étude d'anatomie-pathologique comparée (MM. Straus, Fournier, Gilles de la Tourette, Netter). — *M. Bichon* : Troubles de la miction chez l'enfant (MM. Tillaux, Hayem, Ricard, Walther). — *M. Bonnet Saint-René* : Valeur diagnostique de l'état de la vésicule biliaire dans les ictères chroniques par rétention (MM. Tillaux, Hayem, Ricard, Walther). — *M. Salvage* : Contribution à l'étude de l'acné hypertrophique et de son traitement chirurgical (MM. Tillaux, Hayem, Ricard, Walther).

Jeudi 5 décembre, à 1 heure. — *M. Augny* : De la tuberculose linguale (MM. Laboulbène, Debove, Roger, Achard). — *M. Leprévost* : L'antipyrine dans la rougeole (MM. Debove, Laboulbène, Roger, Achard). — *M. Gaurichon* : Essai sur la fièvre ganglionnaire (MM. Debove, Laboulbène, Roger, Achard).

66e Année. 9e Série. Tome II. N° 49 7 Décembre 1895

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : Dr F. de RANSE — *Rédacteur en chef :* Dr Pierre SEBILEAU

Secrétaire de la Rédaction : M. Em. ÉMERY

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 28, rue Vignon

LETTRES BIBLIOGRAPHIQUES ET CRITIQUES

Un lecteur de la *Gazette Médicale* sollicite de moi l'insertion, dans les colonnes de ce journal, d'une *réplique pseudonyme* à un *écrit pseudonyme* inséré récemment dans le *Progrès Médical* (numéro du 16 novembre 1895). Je la lui accorde, mais je tiens, avant de livrer son article à nos lecteurs, à faire d'abord une courte observation. La voici : Deux de mes récents travaux d'anatomie étant visés par le critique du *Progrès Médical* — visés sans être atteints, m'a-t-il semblé — dans l'analyse qu'il donne de la *Myologie* publiée par mon collègue et ami M. Paul Poirier, je me réserve le droit — j'allais dire le plaisir — d'apprécier après lui et de glorifier, sans nul doute, après lui, le nouveau livre. Cependant, moins heureux que mon confrère Wasp qui a pu lire, comprendre et admirer assez vite le fascicule de M. Paul Poirier pour en donner une si exacte et si savante appréciation le jour même (dit la légende, mais je ne crois pas en la légende) de son apparition en librairie, je suis encore loin de compte et mon analyse ne sera publiée que dans le cours du mois de janvier.

Pierre Sebileau.

I

Mon cher Maître,

Permettez à un naïf jobard qui vient d'être outrageusement « tapé » d'une belle pistole d'épandre sa mauvaise humeur ès colonnes de la *Gazette*.

Il est temps d'ailleurs que le public regimbe contre ces pratiques qui, si l'on n'y prend garde, auront tôt fait de discréditer la presse médicale. Je ne m'écrie pas avec Bossuet : « La critique se meurt, la critique est morte. » Mais, avouez-le, rares sont les feuilles qui servent à leurs abonnés une bibliographie sérieuse et impartiale. Presque partout, berné sans scrupule, le lecteur est soumis à un atroce régime de réclames écœurantes ou d'annonces dignes des urinoirs. Si j'en crois un ami, très au courant de ces dessous nauséabonds, trop souvent livre et compte rendu parviennent au journal sous la même bande. Pour être loués à leur goût, superlativement et sans fausses notes, certains auteurs empruntent à la Renommée son clairon le plus strident et clament eux-mêmes leur « los » au grand dam de la pudeur et de leurs vésicules pulmonaires. Quelques-uns, les vergogneux, affublent leur prose d'un faux nez, et l'antique morale est sauve.

Mais laissons ces récriminations d'ordre général pour arriver au petit incident qui m'a mis la bile en émoi.

Avez-vous lu Baruch ? Je veux dire le *Progrès* du 16 novembre. Connaissez-vous le docteur Wasp (*Vespa vulgaris, Linné*) ? Moi, je l'ignorais hier encore. Eh bien, mon cher Directeur, nous avions tort. En capturant ce bruyant hyménoptère, cousin-germain de la mouche du coche, et en le domestiquant dans son journal, Bourneville a montré un flair, une décision, une sûreté de main, dont on ne saurait trop le féliciter. Cette vocation tardive d'entomologiste n'est ni pour nous surprendre, ni pour nous déplaire. Nous avons toujours pensé qu'aucune école n'est meilleure que la politique pour apprendre à manier les hommes... et les bêtes.

Quant à Wasp, pareil au jeune Rodrigue, son coup d'essai est, sans conteste, un coup de maître. Dès le début, il s'affirme à la fois comme un talent et comme un caractère. Son indépendance égale son orthographe et sa science ne leur est pas inférieure. Il allie la grâce à la force et la chaleur à l'esprit : sa phrase exhale, par surcroît, un joli parfum de poésie qui n'a jamais rien gâté. Quelques-unes de ses envolées planent encore dans ma mémoire.

« O belles gravures des anatomies d'antan, qu'êtes vous devenues ! »

Hein ! cette prose, une pure musique ! On dirait des vers ! Comme l'on voit que ce Wasp a des ailes ! Mais la qualité dominante du confrère, c'est le tact. Pour la délicatesse et la légèreté, sa touche ne craint personne, pas même l'ours de la Fable. Ajoutez qu'il exerce sur les porte-monnaie une séduction irrésistible (le mien, hélas ! en peut témoigner). A sa voix, les bourses les moins

ouvertes bâillent comme des huîtres et c'est une ruée d'écus chez l'éditeur.

Ah! mon cher ami, si la *Gazette* comprenait ses intérêts vous arracheriez — coûte que coûte — cette plume à Bourneville. Bâtissez vite un pont d'or au Brunetière de la place Maub. Hâtez-vous, il y va de la fortune du journal.

Donc, la semaine passée, le Maître annonçait *urbi et orbi* le passage d'un nouvel astre au zénith anatomique. L'événement était d'importance. Aussi Wasp mit en branle tous les carillons de son style. Il tira de l'armoire ses prosopopées des grandes fêtes et ses hyperboles du dimanche. Tant et si bien que lundi, fasciné, ébloui, je courus, dès l'aube, chez Maloine pour acquérir la myologie en question. Vous ai-je dit que le météore était une myologie? Le marché n'alla pas tout seul. Un peu Normand d'origine, le bouquin avait paru, *sans paraître*. Imprimeur, brocheur ne pouvaient suffire aux demandes: les exemplaires manquaient sur la place. Un seul, chez l'éditeur, embusqué derrière la vitre et bardé d'un énorme écriteau, tantalisait la foule et faisait la nique aux passants demi-morts de convoitise et tirant la langue d'un empan. A force de batailler, de supplier, Maloine finit par se laisser fléchir, et, fier comme Artaban, je pus rentrer chez moi, nanti du chef-d'œuvre. Vous pensez si je déjeunai ce jour-là. Impatient de jouir, pressé « de me délasser la vue » avec ces superbes images, « ces parfaites représentations de la réalité » que me promettait Wasp, je dévorai, sans prendre haleine, ce lourd volume de 545 pages « (et quelles pages!) ».

Hélas, mon cher ami, les excès se paient toujours, même les excès anatomiques. Le bon Wasp m'avait pourtant prévenu. « On n'étudie pas l'anatomie pour s'amuser. » Mais, comment prévoir de telles souffrances?

Personne n'ignore que les sujets deviennent rares à la Faculté, mais jamais je n'aurais cru à une disette aussi *carabinée*. Dans notre École de dissection, un bassin est, paraît-il, chose introuvable, voire un sacrum ou un os coxal. Sinon, à quoi attribuer les lourdes fautes de dessin, les erreurs de tout calibre que j'ai relevées, et sans compter, au cours de cette pénible lecture? Trop souvent, le fait saute aux yeux, l'artiste n'a pu contempler, même de loin, l'objet dont l'auteur prétend fournir une effigie *ne varietur*, capable au besoin « de remplacer la pièce anatomique ». Voici, par exemple (pages 206 et 209), des sacrums qui déroutent toutes les notions acquises. On enseignait jadis que les lignes de soudure des cinq pièces sacrées affectent avec les trous de même nom des rapports constants et immédiats. Les choses ont-elles changé? J'en doute. Sur quel macchabée, rebelle à la norme, a-t-on pris cette capsule articulaire de la hanche (fig. 148), qui coiffe la face externe du trochanter et envahit le fémur jusqu'à sa diaphyse? Et l'os coxal de la fig. 283, avec ses exostoses, son pubis oblique, son cotyle sans échancrure et son pectiné sans épaisseur, où dénichera-t-on son pareil? Ne dépasserait-il pas les bornes du grotesque, si déjà le bassin de la fig. 268 ne les avait reculées presque à l'infini? Oh, ce bassin invraisemblable, c'est comme l'invalide à la tête de bois: il faut l'avoir vu pour y croire.

« *Il n'est pas bon de montrer les choses autrement qu'elles sont dans la réalité.* » Qui ne se rappelle cette préface rogue, hautaine, gonflée de fiel, éclatant un beau matin dans le Landerneau anatomique comme une bombe à renversement? En ces temps de propagande par le fait, les âmes candides pouvaient espérer que le rédacteur de ce manifeste commencerait par prêcher d'exemple. O naïveté des foules! Accorder sa parole et ses actes, conformer ses gestes aux convictions proclamées, c'est là vertu de faquins: apôtres et réformateurs ne s'embarrassent pas de semblables misères. Vous qui savez, mon cher ami, quel crédit méritent ces pontifes infaillibles et combien leur grandiloquie sonne creux, vous ne serez pas autrement surpris en trouvant sur l'œuvre qui exhibe ces monstres épouvantables le même nom que sur la préface précitée.

Mentionnons rapidement les fig. 240, 241, 242, 249, 252, 254, où les vertèbres cervicales présentent des aspects aussi ridicules qu'inattendus; certain rachis (fig. 253) dont je recommande l'axis « aux amateurs de dissections fines »; une vue latérale des muscles auriculaires où l'œil de face sur la tête de profil évoque les grands souvenirs de la peinture égyptienne (fig. 198). Jamais je ne consentirai à reconnaître le nerf spinal dans l'élégant javelot que l'apophyse styloïde décoche au muscle sterno-mastoïdien (fig. 223). Que dire des figures 243 et 247 relatives aux aponévroses du cou? Si les cannibales de l'île de Pâques pratiquent le dessin anatomique, leurs croquis peuvent être aussi gauches, mais je doute qu'ils soient moins exacts. J'appelle particulièrement votre attention sur certain œsophage qui déborde d'un bon centimètre le côté droit de la trachée (fig. 249), sur une mandibule dont l'apophyse coronoïde siège en dehors du zygoma: enfin, car il faut savoir se borner, dégustez comme il le mérite, cet espace sus-sternal (fig. 259). Avec la meilleure volonté du monde, est-il possible de reconnaître les tendons coniques du sterno-mastoïdien dans les énormes trousseaux rouges qui forment les branches du V?

Il est un chapitre où la science, « déformée par des travaux d'importation allemande », a été fort heureusement remise au point. Vous devinez sans peine que je fais allusion à ce fameux chapitre des scalènes dont le confrère Wasp parle avec un enthousiasme délirant. Or, sur les quatre ou cinq dessins qui illustrent le texte, le tubercule de Lisfranc brille par son absence. Excusez du peu.

A l'article des ptérygoïdiens, les Pantagruélistes trouveront aussi une riche occasion de s'eshattre. Parmi les 312 dessins (*tous originaux*, s'il faut en croire la couverture) que renferme le volume, il en est peu dont l'originalité puissent disputer la palme aux fig. 218 et 220. Il existe là des coupes du crâne telles qu'on n'en vit jamais et comme on n'en verra plus. Ce n'est pas une anomalie banale qu'un vomer implanté sur l'apophyse basilaire à 5 millimètres environ du trou occipital. On ne rencontre pas tous les jours le ganglion de Gasser en arrière du trou ovale, non plus que la racine motrice du nerf maxillaire inférieur sur la face supérieure de ce ganglion. Une apophyse ptérygoïde passant par le plan médian du corps constitue aussi un spectacle de haut ragoût. Elle est du reste bien curieuse à étudier, cette fig. 220, et sa légende ne l'est pas moins. Si je vous disais le nom du livre abominable auquel fut emprunté le dispositif des organes essentiels que représente ce dessin, vous n'en croiriez pas vos oreilles. Seules les fibres méniscales du ptérygoïdien externe manquent à l'appel.

Quant aux contradictions, nous n'en finirions pas, si nous voulions les relever toutes. *A duabus disce omnes.*

1° Muscle adducteur transverse du gros orteil. On lit page 277 : « Il naît par QUATRE languettes **charnues** *sur les capsules des articulations métatarso-phalangiennes correspondantes et sur le ligament intermétatarsien profond.* » Et en note : ces languettes **aponévrotiques** *ne s'insèrent nullement sur les métatarsiens.* Toutes réserves faites en ce qui touche la nature de ces languettes, **charnues** ici, **aponévrotiques** plus bas, nature qui change à trois lignes d'intervalle, la description, quant aux attaches, est des plus nettes et parfaitement limpide. Eh bien, sur la fig. 184, même page 277, cherchez les capsules articulaires, cherchez le ligament intermétatarsien. — Néant. — Des QUATRE languettes annoncées, c'est tout juste si nous en apercevons TROIS. Mais, par contre, voyez quelle large insertion elles prennent sur les métatarsiens. Inutile d'insister.

2° Vous n'êtes pas sans connaître de réputation (il est peu commode, et pour cause, de la connaître autrement) certaine gouttière sous-jacente à la gouttière de torsion et qui loge le nerf radial et l'artère humérale profonde. Dans quels rapports cheminent ces deux organes? C'est là une colle que les adeptes de l'anatomie *exacte* posent fréquemment à l'examen. A priori, la question semble facile à trancher. N'ayant pas de sujet sous la main, ouvrons la *Nouvelle Myologie* et, page 83, fig. 82, le nerf apparaît *surplombant* l'artère. Vous vous croyez fixé? — Pas si vite. Continuez à tourner les feuillets et arrêtez-vous à la page 103. Autre figure et même humérus, même gouttière, mais, en ce qui concerne les relations du nerf et du vaisseau, autre guitare. Maintenant, c'est le vaisseau qui domine la situation. N'imaginez pas, au moins, que j'attache à ces chinoiseries plus de valeur qu'il ne convient; j'ai passé l'âge des jeux innocents. En pareille matière, j'opine volontiers comme le brave Pascal Zapata ou Zapata Pascal :

..... il ne m'importe guère
Que Pascal soit devant ou Pascal soit derrière.

Mais je ne puis m'empêcher de répandre un pleur sur le sort des pauvres candidats. Pris ainsi entre deux feux, éclairés par ces phares divergents, quand viendra le grand jour, *Dies iræ*, comment répondront-ils au terrible Minos et à l'implacable Rhadamanthe?

Est-ce donc à dire que dans cette myologie qui, mieux que celle de W. Cowper, pourrait prétendre au titre de *myotomia reformata*, tout soit à reprendre au point de vue graphique? Le ciel me garde d'une telle sottise et d'une telle iniquité! Sans compter quelques estimables figures du Dr Paul Richer, anatomiste habile et dessinateur impeccable, mais qui, heureusement pour sa gloire, a donné d'autres preuves de son talent dans l'*Anatomie* et la *Physiologie artistiques*, j'ai noté au passage nombre de planches excellentes de tout point. Par exemple les coupes du bras, de l'avant-bras, de la hanche et de la cuisse. Devant ces magnifiques dessins, nous n'avons qu'à nous incliner. Il est vrai d'ajouter (réparons ici un oubli de l'auteur) que ces coupes ne sont qu'une réduction *servile* et *trait pour trait* des planches de **Braune** (*Topographisch-Anatomischer Atlas*, Tab. XXIII, XXIV-XXX, XXXI). Quand on puise dans l'œuvre d'autrui avec une telle désinvolture, il serait au moins décent de mettre le public dans la confidence. Que si l'auteur écrème ainsi, *largâ manu*, les publications de nos voisins, ce n'est pas, veuillez le croire, qu'il dédaigne nos livres français. Il est trop bon patriote pour ne pas en tirer mouture à l'occasion. C'est ainsi qu'en étudiant les figures 309 et 310 de la *Nouvelle Myologie* (centre phrénique et insertions vertébrales du diaphragme), vous reconnaîtrez, avec stupeur, admirablement reproduites, du reste, sous la signature A. Leuba, deux superbes images de BOURGERY et JACOB (*Anatomie de l'homme*, pl. 79 et 80), et ces emprunts (soyons courtois) sont loin d'être les seuls. Rendons cette justice à l'artiste de la maison Battaille et Cie : si son crayon trahit parfois quelque embarras quand il s'agit de pourtraire un os ou un muscle d'après nature, en revanche ses copies des maîtres atteignent le plus souvent à la perfection. En apportant à cet éloge un semblant de réticence, je vise en particulier la fig. 189 (coupe de la jambe au tiers moyen) où le modèle n'a pas commis les graves erreurs qu'on voudrait lui faire endosser. Sur ce dessin (extrait lui aussi de Bourgery, mais cette fois avec indication d'origine) l'adroit copiste escamote l'extenseur propre du gros orteil et plonge le paquet vasculo-nerveux antérieur en plein tissu de l'extenseur commun. M. Leuba n'est d'ailleurs pas sans excuse. Que s'il a mal copié la planche originale, l'auteur n'a pas mieux copié la légende. Je lis : «*fléchisseur du* **V**e *orteil* et **court** *fléchisseur commun* » sur des muscles où BOURGERY avait marqué *fléchisseur propre du* **gros** *orteil* et **long** *fléchisseur commun*. Pauvre Bourgery, mort « sans cordons ni grades », comme le docteur de la chanson! Son imagination était bien trop bornée pour créer de toutes pièces une nouvelle entité anatomique. Il savait, par contre, que le court fléchisseur des orteils, muscle pédestre et dénué d'ambition, n'a jamais renié ses attaches calcanéennes pour se guinder à la hauteur du tibia. *Docenda discere prius.* Cette sage devise, qui fut la sienne, n'a conduit ce savant modeste ni à la fortune, ni même à l'Institut, mais elle lui a permis d'édifier un monument impérissable, tel qu'il n'en existe en aucun pays, une œuvre dont la science française a le droit et le devoir de se glorifier. Sans commentaire.

Toutes ces observations, que j'aurais pu multiplier, nous ont conduit très loin. Ne vous étonnez pas si, après cette longue et fastidieuse revue (545 pages, comme dit Wasp, et quelles pages!) la force et le courage m'ont manqué pour parcourir le texte qui encadre les figures. Instruit par des mésaventures antérieures, j'ai craint de me fourvoyer à nouveau. On ne s'enfonce pas sans terreur dans ces fourrés inextricables. Je me suis heurté, chemin faisant, à de tels casse-cou, que j'ai fermé le livre avec le propos bien arrêté de ne plus l'ouvrir. Il est des plaisanteries que le lecteur pardonne malaisément. C'est sans doute fort joli d'afficher une haine féroce contre l'anatomie prétendue *fantaisiste* (c'est le terme consacré), de vanter à tout venant sa précision pointilleuse, son exactitude et son amour du détail, mais encore ne faudrait-il pas, si l'on désire être pris au sérieux, confondre le ventre antérieur du digastrique avec le génio-hyoïdien (page 388) et placer ce dernier muscle sur un plan extérieur au mylo. N'en déplaise au syndicat franco-valaque, avant d'attenter à la pudeur des mouches et de couper les cheveux en quatre, il serait bon de surveiller sa plume et de la défendre contre des bourdes aussi colossales. Le public y gagnerait

et les auteurs n'y perdraient point. Comme l'enseigne notre vieux Villon :

On doibt ses œuvres conseiller
Ou aultrement on se mescompte.

Mais alors, me direz-vous, et les dithyrambes de Wasp? L'excellent confrère a-t-il prétendu se gausser? Je viens de relire son article et, après mûre réflexion, j'estime que, si ce maître fumiste a berné quelqu'un, ce n'est pas le public. Nous nous sommes mépris sur son compte, nous avons méconnu un adorable pince-sans-rire, un de ces délicieux ironistes dont la fine malice aime à se laisser deviner. La pompe et les outrances préméditées de la phrase, les paillettes et les orfrois du style, dissimulent le fond narquois de la pensée. « On n'étudie pas l'anatomie pour s'amuser. » C'était pourtant bien clair.

Triple béotien, qui n'ai pas su déchiffrer la vérité entre les lignes! *Meâ culpâ!* J'en suis pour ma peine et pour mon argent. *Meâ maximâ culpâ!!*

Dr Bee.

VARIÉTÉS

La tuberculine dans le diagnostic de la tuberculose bovine.

Dernièrement M. Nocard (d'Alfort) fit à Chartres une conférence à ce sujet dans une nombreuse réunion présidée par le préfet d'Eure-et-Loire et sous les auspices de la Société de médecine vétérinaire de ce département.

Cette conférence a été suivie par l'examen de deux vaches qui avaient été soumises préalablement à l'épreuve de la tuberculine par M. Bigoteau, vétérinaire à Auneau, et dont les résultats ont été des plus curieux.

L'une de ces vaches était en très mauvais état, véritablement phtisique; elle présentait la toux fréquente, la gêne de la respiration et tous les autres symptômes de la phtisie. Un grand nombre de vétérinaires, après l'avoir examinée, confirmèrent ce diagnostic. Mais à leur grand étonnement, l'injection de tuberculine ne provoqua chez l'animal aucune réaction : la température qui, précédemment, oscillait entre 38°3 et 38°5, n'a pas dépassé 38°6 dans les 24 heures qui ont suivi l'injection.

L'autre, au contraire, était une superbe vache normande, âgée de 8 ans, en très bon état de graisse et ne présentant à l'examen clinique aucun signe de tuberculose. Cependant, à l'étonnement non moins grand de l'assemblée, la tuberculine a provoqué chez l'animal la réaction la plus nette : de 38°4, moyenne des jours précédents, sa température s'est élevée à 41°1; elle était encore supérieure à 40°, 24 heures après l'injection; elle avait donc fourni une hyperthermie de 2°7.

En dépit de l'examen clinique et en s'appuyant sur les résultats donnés par la tuberculine, M. Nocard put affirmer que la première vache, malgré son mauvais aspect, n'était pas tuberculeuse et que la seconde l'était malgré son bel aspect.

Les deux animaux ayant été immédiatement sacrifiés, on trouva chez la premières des kystes hydatiques en grande quantité et très volumineux dans les deux poumons et le foie, mais nulle part aucune lésion tuberculeuse ; chez la seconde, des kystes beaucoup plus petits, mais, en outre, des tubercules miliaires dans les poumons et tous les ganglions des médiastins farcis de tubercules.

La démonstration était complète : la tuberculine avait dénoncé des lésions tuberculeuses inaccessibles à tout autre moyen de diagnostic ; elle était restée indifférente à des lésions formidables, mais non tuberculeuses, du poumon et du foie.

La campagne que M. Nocard poursuit avec tant d'énergie et de persévérance pour arriver à débarrasser les agglomérations bovines des animaux tuberculeux, en s'appuyant sur le diagnostic de la tuberculose par la tuberculine, ne peut manquer de recevoir de nouveaux partisans par suite de semblables expériences. Les succès, d'ailleurs, ne lui ont pas manqué jusqu'à ce jour, car c'est à lui, en grande partie, qu'est dû le projet de loi sur les mesures à prendre pour combattre la tuberculose dans l'espèce bovine, présenté aux Chambres par M. Gadaud, ministre de l'agriculture, dans la séance du 9 juillet dernier.

P.

A L'ÉTRANGER

ALLEMAGNE

Diagnostic du cancer primitif de la trachée.

Œstreich (*Zeitschrift für klin. Med.*) a fait une revue sur le cancer primitif de la trachée.

Il en a relevé vingt cas dans la littérature médicale; lui-même en a de plus observé trois cas. Il a, par lui-même, pu voir combien son diagnostic est chose difficile. En général, le seul diagnostic qu'on porte est celui de sténose de la trachée; mais l'origine de cette sténose échappe. Et souvent on ne songe pas au diagnostic de cancer, qui ne se révèle qu'à l'autopsie. Dans d'autres cas, c'est au moment d'une exploration digitale de la trachée consécutive à une trachéotomie que le cancer se reconnaît.

Pour l'auteur, néanmoins, le diagnostic de cancer primitif de la trachée peut s'appuyer sur des bases sérieuses : c'est à lui qu'il faut fortement penser quand la sténose se montre sans que des phénomènes d'irritation l'aient précédée, quand elle s'accompagne d'une cachexie avancée. Plus certains seront encore les signes physiques : l'examen de la trachée par le trachéoscope montrera un néoplasme ulcéré ou papillaire. Les ganglions voisins sont toujours atteints, et souvent aussi il y a d'autres déterminations cancéreuses, portant particulièrement sur l'œsophage, le médiastin, le corps thyroïde, les poumons. Il est bien évident qu'un diagnostic en suspens sera aussi éclairé par la présence de parcelles cancéreuses dans les crachats. Enfin, dans certains cas, on songera fortement à la syphilis, surtout si le malade est un syphilitique. Ici l'administration du traitement antisyphilitique pendant quelques jours tranchera la question. Mais ce traitement ne devra pas être prolongé outre mesure, car on sait qu'il active la marche du cancer.

En résumé, reconnaître un cancer de la trachée est chose difficile parce que ce cancer n'est pas fréquent, et parce que tous les cas de sténose peuvent le simuler. Il y a là quelque chose d'analogue à ce qui se passe pour le rétrécissement et le cancer de l'œsophage : mêmes troubles fonctionnels à peu près; ce sont les symptômes généraux, la marche de la maladie, l'exploration physique qui feront le diagnostic.

Un cas de cirrhose hypertrophique.

Popoff publie dans le *Therapeut. Wochenschrift* une observation fort intéressante, portant sur un cas de cirrhose hypertrophique, maladie sur laquelle, comme on le sait, persiste encore tant d'obscurité. Dans le cas que publie l'auteur, il s'agit d'une cirrhose hypertrophique ordinaire, avec ses symptômes cardinaux. Mais ce que le malade de l'auteur présentait d'intéressant, c'est que chez lui, il y avait tuméfaction de tous les ganglions

lymphatiques périphériques, légère tuméfaction des épiphyses inférieures des tibias, ulcères sur les deux jambes, enfin pseudo-leucémie avec un peu de diminution des hématies et des leucocytes. Enfin l'examen de l'urine ne révélait ni sucre, ni albuminurie, mais montrait des pigments biliaires et surtout de la bilirubine.

Ce qui attire surtout l'attention de l'auteur, c'est la coïncidence de la cirrhose hypertrophique avec la pseudoleucémie. En effet, il pourrait y avoir peut-être relation entre la cirrhose hypertrophique et la tuméfaction des ganglions lymphatiques et de la rate, hypertrophiée comme dans tous les cas de cirrhose atrophique. Ici l'hypertrophie portait donc sur tout l'appareil lymphoïde.

L'auteur fait remarquer que, dans la cirrhose hypertrophique, il y a souvent hypertrophie bien plus marquée de la rate que du foie ; que, souvent, c'est l'hypertrophie de la rate qui est la première marquée. D'autre part, on connaît plusieurs cas de pseudoleucémie coïncidant avec la cirrhose hypertrophique. Enfin, dans le foie hypertrophié, on rencontre parfois de véritables lymphômes malins. Il y a donc, sans doute, autre chose qu'une simple coïncidence entre la cirrhose atrophique et les tuméfactions des organes lymphoïdes.

Bien plus, ne pourrait-on pas considérer les différents symptômes de la cirrhose hypertrophique comme tuméfaction de la rate, tuméfaction du foie, tuméfaction des ganglions lymphathiques, comme constituant tout un ensemble qui serait sous la dépendance d'une seule cause, sans doute infectieuse ? L'hypertrophie de la rate est, en effet, presque constante dans les maladies infectieuses ; et, encore, se complique-t-elle parfois d'hypertrophie du foie. Pour l'auteur, il en serait de même dans la cirrhose hypertrophique. D'ailleurs, comme autre argument à la nature infectieuse de cette afection, Popoff fait remarquer que la cirrhose hypertrophique a un début fébrile, ou, du moins, que la fièvre apparaît au cours de l'évolution de la maladie. L'apparition des hémorrhagies, les phénomènes du côté des deux grandes séreuses, plèvre et péritoine, semblent bien encore se rapporter à l'infection.

C'est évidemment là une théorie séduisante et que, peut-être, l'avenir viendra confirmer.

Etude clinique et expérimentale sur l'ostéomyélite.

Canon *(Deuts. Zeitschrift für Chir., XLII)* a fait une étude sur l'ostéomyélite, où il passe en revue différentes données cliniques et expérimentales se rattachant à cette maladie.

De la première partie, nous ne dirons pas grand'chose. On y trouve de précieuses statistiques, qui éclairent beaucoup l'histoire de l'ostéomyélite, tant au point de vue purement clinique qu'au point de vue pathogénique.

L'auteur s'est également livré à une étude sérieuse de l'examen du sang et du pus dans cette maladie. De l'étude du pus, il ressort nettement que les staphylocoques se rencontrent très fréquemment, alors que les streptocoques sont fort peu nombreux. L'examen du sang a aussi montré les staphylocoques en plus grande abondance que les autres microbes. Ou bien les staphylocoques existaient seuls, ou bien associés à d'autres microorganismes.

La seconde partie de l'ouvrage est plus intéressante, car elle apporte plus que la première des données nouvelles sur l'ostéomyélite.

Tout d'abord l'auteur a fait des injections intraveineuses de staphylocoques et d'autres microorganismes chez les lapins, et est arrivé à produire chez eux de l'ostéomyélite. A petites doses, les injections intraveineuses ont donné des résultats positifs, et suivant les cas, tel ou tel os était atteint d'ostéomyélite. A doses plus élevées, c'était l'infection générale qui dominait la scène et emportait l'animal.

Lorsque l'auteur injectait d'autres microorganismes, les résultats n'étaient pas aussi constants. Tout à fait négatifs avec le bacille de Lœffler et celui d'Eberth, les résultats ont été plus fixes avec le streptocoque. Quant au bacille pyocyanique et au pneumocoque, ils produisaient des phénomènes ressemblant à un début d'ostéomyélite.

L'auteur a aussi essayé de produire l'ostéomyélite par l'injection intrastomacale de cultures virulentes. Après cautérisation énergique de la muqueuse de l'estomac, les résultats ont été négatifs.

Enfin, l'auteur a été jusqu'à faire des essais d'immunisation contre l'ostéomyélite. Il les a fait sur des lapins, en leur injectant du sérum d'un jeune homme convalescent d'ostéomyélite, et leur inoculant des cultures dans le sang du péritoine.

Les résultats ne peuvent pas être fixés de façon définitive. Dans certains cas, le sérum a bien agi d'une façon préventive, mais dans d'autres il n'a produit aucun effet.

ANGLETERRE

Traitement chirurgical de la pleurésie simple.

Dans les cas d'épanchements séreux de la plèvre, au lieu du traitement qui consiste à faire une ponction suivie de l'évacuation du liquide, **Albert Wilson** préconise une intervention toute chirurgicale. Il faudrait, pour lui, ouvrir franchement la cavité de la plèvre et la drainer, si l'épanchement est trop abondant pour que sa résorption ne paraisse pas devoir se faire facilement.

D'ailleurs, l'auteur, dans la communication qu'il a faite à la *Clinical Society of London,* cite des preuves à l'appui de l'opération qu'il propose. Trois fois il est arrivé, par ce moyen, à guérir totalement des pleurésies sérieuses.

Dans le premier cas, la guérison fut obtenue en dix jours. Dans le second, la guérison fut aussi rapide ; et, ici, l'auteur put observer que le cœur fortement dévié revint en place aussitôt que fut évacué le liquide, que le poumon reprit son expansion en moins d'une demi-heure. La santé fut parfaite par la suite.

Dans le dernier cas, enfin, il s'agissait d'une jeune femme qui avait une pleurésie d'origine grippale et compliquée de pneumonie. La malade était moribonde quand on l'opéra. Trois litres et demi de liquide furent retirés de la plèvre droite. Le poumon reprit rapidement son expansion. Mais quelque temps plus tard, la malade eut de la fièvre le soir ; ses forces baissaient peu à peu. L'incision première fut rouverte, et du pus, évalué à cent vingt grammes, s'échappa. Wilson explique ce fait par la fermeture trop hâtive de la plaie primitive. Aussi faut-il bien assurer le drainage des parties déclives. Mais plus tard on vit qu'il y avait encore du liquide dans la cavité pleurale. Il fallait le rapporter à un drainage imparfait. En effet, il persistait à peu près soixante grammes de pus, qui entretenaient une élévation de température constante. Cette température céda à un bon drainage. Et ainsi la cavité se combla peu à peu, et, malgré les différentes interventions nécessitées par l'état de la malade, celle-ci guérit complètement quelques mois après l'opération primitive.

On voit que les observations rapportées par l'auteur nous montrent des cas bien différents : ou bien la guérison succède rapidement à une seule intervention, ou bien elle traîne en longueur, mais n'en est pas moins obtenue définitivement.

RUSSIE

Cancer des capsules surrénales.

L'observation que **Stoukoventoff** a rapportée à la *Société des Médecins de l'hôpital Golizinsky* est intéressante à plus d'un point de vue.

Il s'agit d'une femme de cinquante ans, qui, en novembre 1894, toussa, eut de la fièvre, un point de côté intense. Cet état s'aggrava bientôt encore, si bien que la malade entra à l'hôpital. Là

on trouva de la matité, des râles crépitants dans presque tout le poumon droit et dans une partie du poumon gauche. Le foie était hypertrophié; son bord inférieur atteignait l'épine iliaque. Il était d'ailleurs lisse et régulier en même temps que très douloureux.

L'expectoration fut bientôt sanguinolente, il y eut un léger œdème des jambes et un peu d'albuminurie. Les lésions pulmonaires d'ailleurs, de leur côté, ne firent qu'augmenter. Bref la malade parut une pulmonaire chez qui les phénomènes pulmonaires, qui dominaient la scène, étaient primitifs, et chez qui les troubles circulatoires étaient secondaires à ces phénomènes pulmonaires.

C'est en effet par dyspnée et cyanose que mourut la malade; et bien évidemment les lésions pulmonaires ne pouvaient être mises en doute. Mais c'est leur origine qu'il était intéressant de connaître.

L'autopsie montra qu'elles étaient constituées par des métastases cancéreuses venant de la capsule surrénale. Ces métastases se retrouvaient aussi dans le foie; mais, fait curieux, il n'y en avait pas dans le rein.

On conçoit que le diagnostic de cancer pulmonaire ait été difficile ici, puisque même l'expectoration gelée de groseille, donnée cependant comme caractéristique, faisait défaut. Il était difficile puisque rien ne faisait supposer un autre néoplasme primitif. Les capsules surrénales peuvent donc être lésées sans qu'il y ait de syndrome d'Addison, sans qu'il y ait asthénie et troubles gastro-intestinaux, sans qu'il y ait mélanodermie. Dans ces conditions le diagnostic de la maladie première, dans le cas présent, du cancer des capsules surrénales, est absolument impossible.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 4 décembre. — Présidence de M. Théophile Anger.

A propos de la correspondance, **M. Segond** dépose, sur le bureau de la Société, aux noms de **MM. Terrier** et **Péraire**, le livre que ces deux auteurs viennent de faire paraître sur l'opération du trépan.

Sur l'élévation de la température dans les cas d'hémorrhagies intra-péritonéales.

M. Delorme — A la fin de la dernière séance (Voir *Gazette Médicale* du 30 novembre 1895), M. Peyrot nous a présenté une pièce provenant d'un malade atteint de plaies multiples, auquel on avait dû faire la splénectomie pour plaies de la rate. Quelques instants avant de mourir, ce malade a présenté, soudain, une forte élévation de température, et M. Quénu a cru devoir rattacher cette ascension thermique à une hémorrhagie survenue dans le péritoine de ce malade.

Il me semble qu'une telle opinion est contraire à tout ce que disent les auteurs classiques, et je voudrais, tout simplement, demander à M. Quénu sur quels faits il appuie son dire.

M. Quénu. — La question que me pose M. Delorme a besoin d'une légère correction.

Et d'abord, je n'ai pas émis d'assertion. J'ai seulement tenu à demander si l'on avait recherché l'existence d'une hémorrhagie interne chez le malade de M. Peyrot. Voilà tout. D'ailleurs, cette question avait sa raison d'être. J'ai vu, maintes fois, une hémorrhagie interne correspondre à une ascension thermique, et M. Terrier, que j'ai pris à témoin des faits dont je voulais parler, a parfaitement appuyé mes paroles. Voilà les seuls documents que je puisse fournir à M. Delorme.

M. Reynier. — On a raison de dire qu'il se montre souvent des élévations de la température à la suite d'hémorrhagies dans la cavité péritonéale. J'ai été souvent frappé de ce fait, notamment dans un cas d'hématocèle qui ne présenta à l'examen bactériologique aucune septicité.

Je suis même, à ce sujet, autorisé à parler par MM. **Broca** et **Hartmann** de deux observations qui leur sont personnelles, et dans lesquelles une élévation de la température, survenue brusquement, fit croire à de la suppuration péritonéale. Or, il n'en était rien. l'examen bactériologique donna des résultats nuls comme dans le fait que je vous rapportais plus haut.

Et n'allez pas croire que cette ascension thermique accompagnant les épanchements sanguins soit spéciale à la grande séreuse péritonéale. J'ai observé des faits de même nature dans les épanchements sanguins du genou.

M. Quénu. — Je voulais limiter la question au péritoine. M. Reynier ne craint pas de la généraliser et de l'appliquer à toutes les séreuses. Pour ma part, je puis dire que j'ai souvent fait des examens bactériologiques dans les cas d'hémarthrose du genou et jamais je n'ai pu trouver d'agents septiques.

Il semble donc que, du côté des séreuses, le sang épanché exerce une action réflexe sur les nerfs qui président à la thermogénèse. Il y a certainement, dans ces faits, un chapitre nouveau de pathologie à faire.

M. Pozzi. — J'ai, moi aussi, observé des élévations de température, sans traces de suppuration, notamment dans des cas d'hématocèles péritonéales. Il m'est même arrivé d'intervenir pour des faits de ce genre.

Contrairement à M. Quénu, j'attribue ces phénomènes à des accidents d'ordre chimique. Quand le sang épanché se résorbe, ses éléments subissent des transformations nécrobiotiques. Or, ces transformations engendrent des toxines qui amènent l'élévation thermique. D'ailleurs, ce ne sont pas là des faits nouveaux. Quelque chose de semblable a été dit, me semble-t-il, dans la thèse de M. Poncet (de Lyon).

Cette élévation thermique ne serait donc, en somme, qu'un fait de pathologie générale consécutif à la résorption des éléments du sang.

M. Quénu. — Je ne puis pas partager l'opinion pathogénique de M. Pozzi. Il parle des modifications subies par le sang qui va se résorber. Mais, les modifications dont il parle ne se font qu'au bout d'un certain temps. Or, l'élévation de température sur laquelle porte la discussion se produit tout de suite, aussitôt l'épanchement. Il ne saurait donc être question de transformations nécrobiotiques, il ne peut s'agir ici que d'un acte réflexe.

M. Bazy, — Je demande la parole uniquement pour remettre deux observations qui se rapportent au sujet traité aujourd'hui. Dans l'une, il s'agit d'un épanchement sanguin survenu dans le genou et dont le sang ne cultiva pas. Dans l'autre, il s'agit d'un épanchement séro-sanguinolent de la cavité péritonéale qui fut également stérile. Dans les deux cas une élévation de la température m'avait fait tout d'abord craindre la suppuration.

M. Routier. — Il me paraît y avoir deux choses dans la question qui nous occupe :

a) L'irruption du sang dans les séreuses ;

b) Les phénomènes de physiologie pathologique qui président à sa résorption.

Avant tout, il serait intéressant de savoir si, au moment même où se fait l'hémorrhagie, il y a une élévation de la température. Or, on ne le sait pas.

M. Michaux. — Les faits rapportés par M. Quénu sont du plus haut intérêt, je le reconnais. Cependant, je ne voudrais pas qu'on leur attachât trop d'importance. Et voici pourquoi :

Je crains, en effet, qu'avec les idées que de tels faits ne manqueront pas de faire naître, on en vienne à douter de la nécessité de l'intervention dans les hémorrhagies internes. Or, j'imagine

que si, dans certains cas, le sang épanché est à l'abri de tout agent septique, il est d'autres cas, fort nombreux, dans lesquels la septicité, sinon facile à déceler, n'en existe pas moins à l'état latent, et doit être, par suite, capable d'engendrer la suppuration de l'épanchement.

Je crois donc qu'il faut attribuer les élévations de la température à cette action septique plus ou moins latente et je suis loin d'être, à leur sujet, aussi tranquille que M. Quénu semble l'être.

M. Peyrot. — Je suis fâché que ma communication de la dernière séance ait mis sur le tapis une question dont la discussion me semble prématurée.

En ce qui me concerne, j'ai attribué l'élévation de la température de mon opéré à de l'infection. Je ne vois pas du tout l'intérêt qu'il y aurait à prolonger plus longtemps cette discussion dont le point de départ a été aussi simple.

M. Lucas-Championnière. — Contrairement à M. Peyrot, je suis aise d'entendre cette discussion. Elle me permettra de revenir sur une conviction, absolue chez moi, que ces phénomènes d'ascension thermique sont uniquement des phénomènes d'irritation.

Tout à l'heure, M. Routier a mis le doigt sur le point délicat de la question en montrant combien il était difficile de dire si c'était à l'épanchement ou bien à sa résorption qu'était due l'élévation de la température.

On revient ainsi à des faits que j'ai déjà exposés, il y a plus de vingt ans, dans une thèse d'agrégation sur la fièvre traumatique.

M. Reynier. — Je vais répondre à M. Routier et à M. Michaux.

M. Routier demande si l'élévation de la température a lieu au moment où se produit l'hémorrhagie. Il est évident que non. Nous savons tous que la température s'abaisse, au contraire, à ce moment-là. Elle s'élève seulement au deuxième ou au troisième jour, au moment de la résorption. Voilà précisément la raison qui fait croire alors à de la suppuration. Or, j'ai dit que cette suppuration était loin d'exister dans tous les cas.

Ces cas sont très embarrassants, dit M. Michaux, je le regrette. Je n'en ai pas moins apporté des faits vrais observés par moi et par MM. Broca et Hartmann. Dans tous les cas, l'examen bactériologique, je le répète, a été absolument stérile.

M. Quénu. — Plus j'y réfléchis, plus je vois d'intérêt dans cette question, Il y a certainement, là, un chapitre de la pathologie à faire, comme je le disais tout à l'heure.

Seulement, il est bon de se rappeler qu'il faut diviser en deux classes les faits sur lesquels nous discutons :

a) Ceux dans lesquels la température s'est élevée aussitôt l'hémorrhagie ;

b) Ceux dans lesquels la température ne s'est élevée que secondairement.

M. Kirmisson. — Personne ne doute qu'il y ait des élévations de température sans septicémie. C'est ce qui a lieu dans certaines fractures fermées et dans les traumatismes cérébraux sans trace de méningite. Ce sont là des faits d'observation courante.

Or, si je m'en souviens bien, le malade de M. Peyrot a présenté un traumatisme cérébral qui n'a pas été examiné à l'autopsie. Cette remarque me semble avoir quelque importance, appliquée au fait de M. Peyrot.

De la pneumotomie.

Suite de la discussion.

M. Segond. — J'ai fait cinq fois la pneumotomie. Dans un cas particulier, j'ai fait la pneumotomie par la voie diaphragmatique. J'avais, dans un premier temps, par la voie transpleurale, été à la recherche d'un kyste suppuré du foie. Et ne trouvant pas de pus dans le foie, j'avais, dans un second temps, pénétré à travers le diaphragme, dans le poumon où siégeait la collection purulente. Dans ce cas bizarre, je n'ai pas eu d'accident de pneumothorax. Peut-être faut-il en attribuer uniquement la cause à la région de la plèvre, dans laquelle j'ai opéré. Ma malade n'en a pas moins vécu trois ans après son opération.

Je me dispense de vous raconter mes autres cas. Je tiens simplement à dire que, toujours, j'ai opéré avec un médecin près de moi. C'est sur l'exploration médicale que je me suis toujours fié pour déterminer le lieu de mon intervention. Et je déclare que l'exploration médicale a toujours été pour moi, sinon infaillible, du moins de la plus haute importance.

J'ajouterai, enfin, que la ponction exploratrice, procédé si défectueux partout ailleurs, présente quelque avantage quand il s'agit du poumon.

M. Delorme. — M. Bazy, prenant à témoin les chirurgiens de l'armée, a dit que le pneumothorax traumatique était sans gravité. Il est établi, au contraire, par les statistiques les plus autorisées, que c'est une des complications les plus redoutables.

M. Quénu a eu raison de faire remarquer que M. Bazy avait tort d'assimiler le pneumothorax chirurgical au pneumothorax accidentel. De l'un à l'autre, il y a loin.

Mon opinion personnelle serait, au contraire, que le pneumothorax chirurgical est moins sévère que le pneumothorax accidentel. Mais ce n'est pas là une raison pour ne pas se méfier du pneumothorax chirurgical.

Si, dans ce but, l'on juge le procédé de M. Tuffier insuffisant, on pourrait, me semble-t-il, commencer par fixer le poumon à la paroi costale par deux fils suffisamment espacés. Cette fixation temporaire aurait pour but d'éviter le pneumothorax. Elle aurait même un autre avantage, qui serait d'empêcher, en cas d'abcès du poumon, la pénétration du pus dans la cavité pleurale.

On le voit, ces quelques observations ne font, en somme, que servir le procédé de M. Bazy.

M. Poirier. — J'ai eu l'occasion, autrefois, dans le service du professeur Berger, de faire, pareillement, la fixation pleuro-pulmonaire. Je prévins, ainsi, le pneumothorax. C'est là un procédé que je juge excellent.

M. Segond. — Je ferai remarquer à M. Poirier que cette fixation a coutume de se faire depuis que l'on ouvre les kystes hydatiques de la face convexe du foie par la méthode d'Israel.

M. Poirier. — Je voulais rappeler un fait personnel et je n'avais nullement l'intention de faire de la chronologie.

M. Monod. — Je ne vous parlerai que de deux observations de pneumotomie pour suppuration pulmonaire. Une fois il s'est agi de gangrène du poumon, l'autre fois d'abcès pulmonaire. Je remettrai les deux observations à M. le secrétaire.

Laissez-moi seulement vous dire que, dans les deux cas, je n'ai eu qu'à me louer, à l'exemple de M. Segond, de l'exploration faite par des médecins.

A mon avis, donc, l'exploration médicale est de la plus haute utilité quand il s'agit d'intervenir sur le poumon.

Le procédé indiqué par M. Tuffier eût été insuffisant dans mes deux cas. Je ne veux cependant pas nier les services que ce procédé peut rendre.

J'ai dû, au contraire, ouvrir la plèvre, comme le fait M. Bazy et je n'ai pas eu d'accident de pneumothorax. En passant, je ferai remarquer que M. Reclus, dans le remarquable rapport qu'il a lu au congrès de chirurgie, n'a signalé que deux cas de pneumothorax sur 39 cas de pneumotomie réunis par lui.

M. Terrier. — Je voudrais, moi aussi, insister sur l'utilité de l'examen médical quand il s'agit de déterminer le lieu de l'intervention sur le poumon. Je n'en veux pour preuve que les deux faits suivants :

Dans un premier cas, il s'agit d'un abcès du foie, ayant engendré secondairement un abcès du poumon. J'opérai ainsi : coups de troquart pour déterminer le foyer purulent, puis résec-

tion de deux cartilages costaux. La plèvre était adhérente. Je fis la pneumotomie, non avec le thermo-cautère, mais avec le bistouri. J'ai ainsi ouvert et vidé une large cavité pulmonaire. La guérison s'est faite très lentement et avec les accidents curieux que voici : il y a eu des hémorrhagies dans la poche (le fait a été signalé déjà dans les cas de tuberculose); il y a eu ensuite des petites poussées inflammatoires, des sortes de foyers pneumoniques fréquents. Cela a duré environ trois ou quatre mois.

Je vous dirai absolument la même chose d'un confrère, médecin de la marine, chez lequel je pus, au premier examen, déterminer moi-même, par la simple auscultation, le siège d'un abcès pulmonaire consécutif chez lui à un abcès du foie. Des médecins sont arrivés chez ce malade, aux mêmes conclusions. De fait, il y avait, dans ce poumon, un large abcès profondément placé.

Il s'est montré, dans ce second cas, les mêmes accidents que dans le premier : poussées inflammatoires, hémoptysies de temps en temps, je devais dilater le trajet fistuleux et cette dilatation coïncidait avec une diminution de l'expectoration et une amélioration sensible. Je n'ai fait aucune injection, j'ai laissé les choses s'évacuer d'elles-mêmes. Il y a cinq mois que cette opération a été faite et le malade se porte aussi bien que possible.

M. Quénu. — Je veux montrer, une fois de plus, que l'entrée de l'air dans une plèvre non adhérente présente de graves dangers. J'ai vu se produire, une fois, dans un cas de ce genre, une syncope qui n'a pas duré moins de cinq minutes.

Présentations de malades.

M. Michaux présente une malade, âgée de 62 ans, chez laquelle il a fait, il y a deux ans et huit mois et demi, une hystérectomie sacrée pour cancer de l'utérus.

M. Marchand présente un malade chez lequel il a opéré un anévrysme poplité par la ligature.

M. Ferrand (de Blois) présente un malade qui porte sur sa cuisse droite une grosse tumeur. L'orateur a d'abord pensé à un fibro-lipome ou bien à un fibro-sarcome. L'accroissement rapide présenté par cette tumeur depuis quelque temps ferait davantage croire, aujourd'hui, à une fibro-sarcome.

Présentation de pièces.

M. Rochard présente le moulage d'un pied bot invétéré, auquel il a enlevé l'astragale, le scaphoïde et les deux tiers antérieurs du calcanéum.

M. Routier présente un fibrôme développé dans la paroi antérieure de l'urèthre d'une femme. Cette tumeur était encapsulée.

Présentation d'instrument.

M. Chaput présente un instrument destiné à simplifier les sutures intestinales.

Petit.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Seance du 3 décembre 1895.

Dualité des virus variolique et vaccinal.

MM. Layet, Le Dantec et **Benech** (de Bordeaux) donnent le résultat d'expériences qui prouvent que l'on peut transmettre la variole en inoculant du sang de varioleux des jeunes bovidés. Les auteurs qui sont partisans de l'unicité du virus variolique et du virus vaccinal admettent que les pustules obtenues par ces inoculations sont des pustules vaccinales. Par contre, les orateurs rejettent l'unicité pour admettre la dualité, et ils pensent que la théorie de la dualité sera seule admissible « tant que l'on n'aura pas essayé de faire récupérer au virus variolique, par des passages en voie ascendante, les qualités autonomes qui ont, sinon disparu, du moins fortement diminué par suite de ses passages en voie dégradante ».

Statistique des hernies.

M. Bertillon remet sur ce sujet une note dont voici le résumé:

La fréquence de la hernie dépend, non de la race, mais du degré d'aisance de l'individu. Ce sont les classes les moins riches qui présentent le plus de hernieux.

Les professions où l'on travaille debout et qui nécessitent de grands efforts sont celles où l'on observe le plus de hernies. Au contraire, les professions libérales et les professions où l'on travaille assis sont celles où l'on voit le moins de hernies.

Enfin, la mortalité par hernie étranglée serait plus grande chez les petits garçons que chez les petites filles.

Diminution de la fièvre typhoïde dans la commune de Saint-Ouen.

MM. Dubousquet-Laborderie et **Léon Duchesne** remettent un travail sur la diminution de la fièvre thyphoïde dans la commune de Saint-Ouen-sur-Seine pendant les trois dernières années.

Les auteurs attribuent cette diminution aux trois faits suivants:

a) Les habitants ont reçu de l'eau potable de bonne qualité;

b) Le service de la voirie, des égouts et des maisons reconnues malsaines a été mieux surveillé;

c) On a désinfecté les selles des typhiques et les locaux habités par eux.

M. Cadet de Gassicourt, au nom de **M. Moncorvo** (de Rio-de-Janeiro), remet une note sur le traitement de la *diarrhée infantile* par le *tannigène* aux doses de 0.25 centig. à 2 grammes par 24 heures.

M. de Valcourt (de Cannes) lit une note concernant les heureux effets des bains de mer donnés, pendant l'hiver, à Cannes, aux enfants scrofuleux, tuberculeux, etc.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 29 novembre.

Troubles oculaires d'origine hystérique.

M. H. Claude, interne de **M. Gaucher**. — Une femme de 29 ans, présentant des antécédents héréditaires et personnels névropathiques, est atteinte, à la suite d'une attaque apoplectiforme, d'hémiplégie droite ou plutôt d'hémiparésie, d'hémianesthésie droite incomplète et de troubles oculaires des deux côtés. Il existe en même temps des stigmates hystériques et le sommeil hypnotique est facilement provoqué. Les phénomènes moteurs s'amendent rapidement, l'hémianesthésie persiste et les troubles oculaires évoluent de façons différentes :

1° L'œil droit est atteint au début d'amblyopie, de dyschromatopsie et de diplopie monoculaire, qui disparaissent, mais le réflexe pupillaire à la lumière reste absent.

2° L'œil gauche présente d'abord une amblyopie extrêmement accusée, qui diminue peu à peu, mais l'acuité visuelle demeure très faible. Il offre surtout une dilatation pupillaire intense avec perte du réflexe à la lumière et abolition à peu près complète du réflexe accommodateur. La dilatation pupillaire se modifie sous l'influence de l'atropine, de l'ésérine et du sommeil hypnotique pendant lequel la pupille revient à son état normal. Il existe de plus, du même côté, de l'anesthésie de la conjonctive bulbaire avec conservation de la sensibilité cornéenne.

On note enfin pour les deux yeux le rétrécissement concentrique du champ visuel, la paralysie conjuguée gauche pour les mouvements volontaires. Le fonds de l'œil est normal. L'état général de la malade est très bon.

Tous ces troubles sont de nature hystérique ; les uns ont eu

une évolution trop rapide pour être rapportés à une cause organique, les autres se sont modifiés ou ont disparu momentanément sous l'influence du sommeil hypnotique. Il n'existe aucune cause à laquelle on pourrait rapporter les lésions nécessaires pour expliquer les symptômes observés. Ces lésions enfin (névrites périphériques ou altérations centrales), devraient être trop disséminées ou trop étendues, et en même temps trop légères, pour qu'on puisse accepter leur existence. La possibilité d'une lésion protubérantielle ou pédonculaire minime, modifiée ou dissimulée par les manifestations hystériques concomitantes, resterait peut-être encore discutable.

Intoxication par le sous-nitrate de bismuth en applications externes.

MM. Gaucher et **G. Balli** ont observé quatre cas d'intoxication par le sous-nitrate de bismuth, employé en pansements externes, suivant la méthode de Pocher, de Berne (1881). Pocher a rapporté lui-même quatre cas personnels d'intoxication. En 1883, M. Petersen ; en 1884, MM. Dalché et Villejean publièrent des observations analogues et étudièrent expérimentalement l'intoxication aiguë (injection hypodermique de nitrate neutre de bismuth) et l'intoxication chronique (injection de sous-nitrate de bismuth). M. Balzer et M. Héret étudièrent aussi la toxicité des sels de bismuth (oxyde de bismuth). Fait remarquable: cette toxicité n'existe que pour l'application du sous-nitrate de bismuth sur la peau dénudée et ne s'observe pas lors de l'administration du bismuth par la voie digestive.

Cette intoxication se traduit :

1° Par des phénomènes de stomatite. On observe un liséré gingival très analogue au liséré saturnin, si bien qu'on a d'abord incriminé la céruse, mais l'analyse montra que le sous-nitrate de bismuth employé était pur.

2° Des plaques de tatouage, ardoisées, sur la face pariétale des joues, sur la langue et sur les gencives.

A cette pigmentation de la cavité buccale peuvent se joindre des phénomènes plus ou moins aigus de stomatite, avec gonflement de la muqueuse buccale.

C'est là un premier degré d'accidents tels qu'on les a observés chez le malade présenté par M. Gaucher à la Société. Le pansement au bismuth a été appliqué sur un ulcère variqueux. Les accidents de stomatite sont apparus au bout d'un mois et les phénomènes aigus disparurent huit jours après la cessation des pansements, mais le liséré a mis sept mois à disparaître et il reste encore actuellement quelques traces de tatouage.

Dans un second cas, les accidents ont été beaucoup plus sérieux. Il s'agissait d'une femme atteinte de brûlures très étendues ; pour chaque pansement, on devait employer 8 à 10 cuillerées à soupe de poudre de bismuth ; la stomatite apparut dès le cinquième jour avec le liséré signalé plus haut ; elle devint rapidement ulcéreuse. Aux ulcérations se joignaient des plaques noirâtres, presque sphacéliques. Malgré la cessation des pansements, cette stomatite ulcéreuse persista pendant deux mois ; à ce moment la stomatite commençait à s'améliorer, mais apparurent des vomissements et de la diarrhée rebelle qui amenèrent un état de cachexie auquel la malade succomba.

L'autopsie ne put être faite, de sorte qu'il est difficile de mettre les troubles terminaux sur le compte du bismuth ou de la suppuration prolongée des brûlures.

Les deux autres malades n'eurent que de petits accidents, stomatite légère et liséré.

Les observations antérieures avaient déjà signalé l'importance des troubles digestifs et en particulier de la stomatite dans l'intoxication bismuthique. En outre, Rocher a observé un cas où il n'y eut que des symptômes de néphrite avec présence du bismuth dans l'urine.

On peut toujours, en pareil cas, retrouver le bismuth dans l'urine qui prend une couleur noirâtre.

Comment le sous-nitrate de bismuth peut-il provoquer de pareils accidents alors que, pris à l'intérieur, même en grande quantité, il ne provoque aucun phénomène d'intoxication ?

Les expériences de Lewald, de Gerbal et Lazowski montrent que le bismuth, pris par la voie stomacale, est en partie absorbé. La quantité est minime cependant.

Lassana pense qu'une petite quantité de sous-nitrate de bismuth peut être dissoute par les liquides acides de l'estomac. Il y aurait à ce niveau une faible absorption ; mais dans l'intestin où la réaction est alcaline, le bismuth dissous se trouverait de nouveau précipité. Mialhe expose une théorie analogue.

Pour Dalchi et Villejean, cette absence d'intoxication tient à ce que les liquides de l'estomac, faiblement acides, dissolvent très peu de bismuth ; d'autre part, l'intestin alcalin rend l'absorption impossible.

Dans le pansement des plaies, le sous-nitrate de bismuth contracterait, avec les matières albuminoïdes, une combinaison soluble et, par suite, assimilable.

D'ailleurs, l'oxyde de bismuth, quand il prend naissance en présence d'un liquide riche en albumine, subit des modifications profondes dans ses propriétés chimiques et forme, avec les matières protéiques, une combinaison soluble, non seulement dans les alcalis et dans les acides, mais dans un excès d'albumine. Cette dernière propriété porterait à croire que c'est le contact prolongé du bismuth avec les matières albuminoïdes de l'économie, qui est le facteur principal de l'intoxication.

M. Hayem. — Je donne souvent le sous-nitrate de bismuth à doses fortes, 10 et 20 grammes, suivant la méthode de Kussmaul et de Heiner, et je n'ai jamais observé d'intoxication, J'ai étudié l'estomac d'une femme morte d'ulcère récidivant et qui avait été longtemps soumise au traitement par le bismuth. Toute la surface de l'estomac était encore recouverte de bismuth, bien que le traitement fut suspendu depuis plusieurs semaines ; jamais la malade n'a eu le moindre phénomène d'intoxication. Il serait utile d'analyser le bismuth après une application prolongée, pour étudier ses modifications.

M. Gaucher rappelle que le bismuth reste aussi très longtemps adhérent à la surface des ulcères de jambes, des semaines après qu'on a cessé le traitement.

A propos du diagnostic avec le liséré saturnin, il indique que le liséré bismuthique est plus violacée.

M. Chauffard emploie, comme traitement des ulcères de jambe, le sucre en poudre (pansement préconisé par Boeckel, de Strasbourg). Si l'ulcère est trop sanieuse, il commence par quelques pansements antiseptiques, puis il applique le sucre en poudre recouvert de taffetas gommé. On renouvelle le pansement tous les deux ou trois jours. La cicatrisation est très rapide.

M. Hayem. — Il se forme peut-être de l'acide lactique qui agit comme antiseptique.

M. Ferrond dit qu'il se trouve bien, pour des ulcères de jambe, de l'oxyde de zinc et suspension dans le glycérolé d'amidon, dont l'action antiseptique doit être bien faible.

M. Siredey a eu de très bons résultats avec le pansement au sous-carbonate de fer en poudre. H. Méry.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 30 novembre.

Sur un cas de paraplégie spasmodique acquise par sclérose primitive des cordons latéraux suivi d'autopsie.

MM. Dejerine et **Sottas** relatent l'histoire de l'autopsie d'un malade qui a présenté de la paraplégie spasmodique acquise par sclérose primitive des cordons latéraux.

L'histoire est simple : homme, un syphilitique, qui, à l'âge de 42 ans, présenta les phénomènes d'une paraplégie qui évolua

lentement et fut de moyenne intensité avec réflexes exagérés, absence d'atrophie musculaire. Le malade est mort, à 62 ans, de pneumonie.

L'autopsie de la moelle a démontré l'existence d'une sclérose des cordons latéraux prédominant entre les cinquième et douzième racines dorsales. A la région lombaire, cette sclérose est contournée dans le faisceau pyramidal et à la région cervicale, elle n'est bien nette que du côté droit. Pas d'altération dans la substance grise de la moelle. Pas d'altérations encéphaliques.

En somme, c'est à la sclérose des cordons latéraux seule qu'il faut attribuer cette paraplégie. Par là, ce fait a beaucoup de ressemblance avec l'unique cas de cette espèce qui a été signalé par Strumpell en 1894.

Les polynévrites dans leurs rapports avec les neurones.

M. Marinesco rappelle que la distinction entre les polynévrites et les poliomyélites a reposé jusqu'à présent sur l'intégrité des centres nerveux dans les polynévrites. L'orateur pense que cette distinction doit être modifiée et il cite, à l'appui de son dire, une observation suivie d'autopsie dans laquelle un homme atteint de polynévrite avec atrophie musculaire intense a présenté une moelle lésée principalement dans ses cornes antérieures et dans le faisceau fondamental du cordon antéro-latéral.

Structure des ganglions lymphatiques du porc.

M. Rouvier a vu que ces ganglions ne présentaient pas de barrière capsulaire s'opposant à la pénétration des liquides. Les ganglions du porc pourraient donc être considérés, suivant cet auteur, comme une grande cavité pleine de lymphe.

M. Netter, aux noms de MM. Hanshalter et Guérin, remet une observation d'idiotie sans myœdème qui a été améliorée par le traitement thyroïdien.

ACTES DE LA FACULTÉ

DU 9 AU 14 DÉCEMBRE 1895

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 9 décembre, à 1 heure. — 3e Oral (1re partie) : MM. Pinard, Terrier, Walther. — 2e (2e partie) : MM. Ch. Richet, Retterer, Weiss.

Mardi 10 décembre, à 1 heure. — 2e Oral (1re partie) : MM. Farabeuf, Letulle, Thiéry. — 2e (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Gley, Chassevant. — 3e Oral (1re partie) : MM. Guyon, Bar, Nélaton. — 3e (2e partie) : MM. Debove, Raymond, Marie. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité : MM. Duplay, Berger, Hartmann. — 5e (2e partie), Charité (1re série) : MM. Jaccoud, Charrin, Marfan. — 5e (2e partie), Charité (2e série) : MM. Cornil, Hutinel, Roger.

Mercredi 11 décembre, à 1 heure. — *Médecine opératoire, épreuve pratique* : MM. Terrier, Sebileau, Walther. — 2e Oral (1re partie) : MM. Reclus, Poirier, Delbet. — 2e (2e partie) : MM. Ch. Richet, Retterer, André.

Jeudi 12 décembre, à 1 heure. — *Médecine opératoire, épreuve pratique* : MM. Farabeuf, Hartmann, Thiéry. — 2e (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Gley, Chassevant. — 3e Oral (1re partie, 1re série) : MM. Duplay, Maygrier, Berger. — 3e Oral (1re partie, 2e série) : MM. Le Dentu, Nélaton, Bonnaire. — 3e (2e partie) : MM. Cornil, Chantemesse, Gilbert.

Vendredi 13 décembre, à 1 heure. — 2e (2e partie) : MM. Ch. Richet, Widal, Wurtz. — 4e : MM. Pouchet, Landouzy, Netter. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité : MM. Tillaux, Delbet, Tuffier. — 5e (2e partie), Charité : MM. Straus, Gaucher, Gilles de la Tourette. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Reclus, Varnier.

Samedi 14 décembre, à 1 heure. — 2e Oral (1re partie) : MM. Farabeuf, Chantemesse, Albarran. — 2e (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Gley, Chassevant. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu : MM. Panas, Nélaton, Hartmann. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu : MM. Laboulbène, Raymond, Letulle. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique d'Accouchements, rue d'Assas : MM. Bar, Maygrier, Bonnaire.

EXAMEN DE CHIRURGIEN-DENTISTE

Lundi 9 décembre, à 1 heure. — 2e (1re série [illegible] MM. Hayem, Letulle, Sebileau. — 2e (2e série) : MM. Straus, Gau[illegible]roca.

Mercredi 11 décembre, à 1 heure. — 2e [illegible] Pouchet, Landouzy, Toffier.

Jeudi 12 décembre, à 1 heure. — 1er : MM. Guyon, Pouchet, Thoinot.

Vendredi 13 décembre, à 1 heure. — 2e : MM. Potain, Sebileau, André.

Samedi 14 décembre, à 1 heure. — 2e (1re série) : MM. Hutinel, Roger, Thiéry. — 2e (2e série) : MM. Debove, Le Dentu, Ménétrier.

THÈSES DE DOCTORAT

Mercredi 11 décembre, à 1 heure. — *M. Courtois* : De l'intervention chirurgicale dans les tuberculoses périphériques chez les tuberculeux pulmonaires (MM. Tillaux, Ricard, Lejars, Broca). — *M. Baigue* : Fistules urétro-vaginales ; de leur traitement et en particulier de l'urétro-cysto-néostomie (MM. Tillaux, Ricard, Lejars, Broca). — *M. Petit de Régis* : De quelques points relatifs à la récidive et aux voies suivies par la généralisation des cancers du sein chez la femme (MM. Tillaux, Ricard, Lejars, Broca). — *M. Epelbaum* : Contribution à l'étude de l'organothérapie (corps thyroïde, capsules surrénales) (MM. Potain, Fournier, Gilles de la Tourette, Letulle). — *M. Fié* : Etude sur une complication rare du curettage de l'utérus (rhumatisme blennorrhagique) (MM. Fournier, Potain, Gilles de la Tourette, Letulle).

Jeudi 12 décembre, à 1 heure. — *M. Lenoble* : De la conjonctivite printanière (MM. Panas, Proust, Albarran, Wurtz). — *M. Baudoin* : Contribution à l'étude de la contagion par le lait cru, et de sa prophylaxie par le lait stérilisé (MM. Proust, Panas, Albarran, Wurtz).

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

FACULTÉ DE PARIS

Limites des consignations pour examens probatoires.

1° Les consignations pour les examens dont désignation suit seront reçues jusqu'aux dates ci-après désignées :

Pour le 2e examen de doctorat (1re partie), jusqu'au mardi 10 mars inclusivement ;

Pour le 2e examen de doctorat (2e partie), jusqu'au mardi 14 avril inclusivement ;

Pour le 3e examen de doctorat (1re partie), jusqu'au mardi 14 avril inclusivement ;

Pour le 3e examen de doctorat (2e partie), jusqu'au mardi 12 mai inclusivement ;

Pour le 4e examen de doctorat, jusqu'au mardi 26 mai inclusivement ;

Pour le 5e examen de doctorat (1re partie), jusqu'au mardi 16 juin inclusivemrnt ;

Pour le 5e examen de doctorat (2e partie), jusqu'au mardi 30 juin inclusivement ;

Pour les examens de sage-femme, jusqu'au mardi 30 juin inclusivement ;

Pour les thèses, jusqu'au mardi 7 juillet inclusivement.

Officiat : Pour le 1er examen, jusqu'au mardi 10 mars inclusivement ; pour le 2e examen, jusqu'au mardi 14 avril inclusivement ; pour le 3e examen, jusqu'au mardi 30 juin inclusivement.

MM. les étudiants sont prévenus que ces dispositions seront rigoureusement appliquées.

2° Les élèves ajournés après le 30 mai à un examen, quelle qu'en soit la nature, ne pourront plus se présenter avant les vacances.

Passé le 7 juillet, MM. les professeurs n'accepteront plus de présidence de thèses, et ne signeront plus de manuscrits.

HOPITAUX DE PARIS

Concours de médecine (Bureau central).

MM. Thérèse, 16 ; Toupet, 18 ; Capitan, 18 ; Barbier, 19 ; Tissier, 17 ; Bruhl, 18 ; C.-G. Lyon, 17 ; de Gennes, 17 ; G.-R. Lyon, 16 ; Raymond, 15 ; Michel, 16 ; Caussade, 17 ; Souques, 17 ; Papillon, 16 ; Gallois, 19 ; Plicque, 19.

66e Année. 9e Série. Tome II. N° 50 14 Décembre 1895

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : Dr F. de RANSE — *Rédacteur en chef :* Dr Pierre SEBILEAU

Secrétaire de la Rédaction : M. Em. ÉMERY

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 28, rue Vignon

COURTE NOTE

Dans le dernier numéro de la *Gazette Médicale*, j'ai fait précéder d'une courte note l'article très remarqué de notre collaborateur le Dr Bee.

Dans cette note, je faisais sentir quel prix j'attache à la mention que le Dr Wasp (du *Progrès Médical*) a bien voulu réserver à deux de mes mémoires anatomiques. Dans le cas où quelqu'un ignorerait encore (et c'est mon cas, n'en doutez pas) quel est ce *Wasp anatomiste* — sans mauvais calembourg — qui a pu lire, comprendre, admirer et analyser un récent fascicule de myologie le jour même, dit la légende (mais je ne crois pas à la légende) de son apparition en librairie, voici une lettre qui pourrait n'être pas inutile. Elle m'a été écrite par M. Dauriac, interne des hôpitaux, à qui incombe le soin d'analyser tous les traités d'anatomie adressés au *Progrès Médical*.

« *Mon cher maître,*

» *Vous seriez bien aimable d'annoncer aux lecteurs de la* Gazette Médicale *que M. J.-S. Dauriac, qui fait habituellement les comptes rendus anatomiques dans le* Progrès, *n'a rien de commun avec le Dr Wasp, et qu'il signe de son nom sa modeste prose. Je vous demande de faire vous-même la rédaction de cette note, et dans des termes tels qu'on y devine la vive et respectueuse affection que je professe pour vous.* »

Je n'aurais rien pu dire de plus net pour M. Dauriac et je n'aurais rien osé dire d'aussi flatteur pour moi : voilà pourquoi j'ai publié la lettre. Je remercie mon jeune collègue.

Le second article du Dr Bee m'arrive trop tard : les « Lettres bibliographiques et critiques » auront leur suite dans le prochain numéro.

Pierre Sebileau.

TRAVAUX ORIGINAUX

De la syphilis infantile (1).

Par le Dr Boulengier.

La question de la syphilis infantile, mise à l'étude par le bureau de la Société de Médecine publique de Belgique, embrasse de nombreux problèmes de pathologie, de thérapeutique et d'hygiène sociale ou privée du plus haut intérêt. Traiter cette question d'une façon complète exigerait un travail de longue haleine, une érudition étendue, une grande expérience pratique. L'envisager sommairement dans ses points essentiels, telle est la seule tâche que je puisse assumer dans la rédaction du rapport qu'on m'a fait l'honneur de me confier. Je ne me suis pas dissimulé les difficultés et les écueils de cette entreprise, et si j'ai accepté, c'est que, depuis plusieurs années déjà, j'ai étudié cette question d'une façon suivie dans les livres, dans les publications périodiques et dans les exemples cliniques.

Si j'ai accepté d'être rapporteur de cette question, c'est aussi que je trouve qu'elle soulève un problème de pathologie générale que l'on croit, un peu trop souvent, pouvoir résoudre par des données empiriques et par les seuls enseignements de la clinique.

La syphilis infantile est, en effet, intimement liée au grand facteur biogénique et pathologique de l'hérédité, dont le mécanisme intime, *réel*, commence à peine à être scruté, aperçu et connu depuis ces dernières années.

J'ai la ferme conviction scientifique, qu'en ce qui concerne la syphilis, le facteur hérédité est mal compris, erronément admis dans nombre de cas ; qu'il n'est pas apprécié à sa juste valeur et qu'on l'invoque dans l'un ou l'autre sens, non pas tant d'après les faits démonstratifs eux-mêmes, qu'à la suite de la confiance en la parole et dans les doctrines du maître.

Contrairement à l'opinion généralement admise, je

(1) Extrait de la *Presse Médicale Belge*.

pense que la clinique ne résoudra pas à elle seule, cette question si embrouillée, si complexe et si controversée des diverses variétés d'hérédité syphilitique: je vous montrerai les nombreuses interprétations possibles et leur antagonisme; en un mot, l'ignorance scientifique qui obscurcit cette grave question. Enfin, je n'aurai pas de peine à vous prouver que c'est ailleurs, dans le domaine de l'expérimentation, dans le champ du laboratoire, qu'il faudra chercher les éléments d'appréciation et de solution du problème.

Et pour vous faire saisir immédiatement la portée de mon rapport, je ne vous cacherai pas plus longtemps que je vais m'efforcer de vous démontrer que la syphilis infantile n'est jamais héréditaire, dans le sens réel de ce mot, et que lorsqu'elle est congénitale, il ne s'agit, en réalité, que d'une syphilis acquise *in utero*.

I. — Etiologie de la syphilis infantile

Une première question se pose : que faut-il entendre par syphilis infantile ? A première vue, la réponse paraît aisée, surtout si l'on s'en tient au sens étymologique du mot. Ce problème est cependant assez embrouillé et décrit diversement dans les traités et les revues. Les auteurs les plus complets étudient sous le même titre la *syphilis congénitale héréditaire* et *infantile*. Il y a, dans cette manière d'envisager le sujet, matière à confusion.

« Cette espèce morbide, dit Diday, est plus facile à décrire qu'à définir. En effet, et d'abord, aucun des noms qu'elle a reçus n'exprime l'ensemble de ses attributs. Le mot *congénital*, le plus convenable de tous, laisse de côté cette syphilis que la mère contracte du fœtus pendant sa vie intra-utérine. D'autre part, la syphilis ne se transmet pas par génération, à la manière des maladies qu'on appelle communément *héréditaires*, de la goutte, de l'herpétisme, de l'aliénation mentale. Enfin, la dénomination d'*infantile* serait encore plus impropre, puisqu'elle rapproche les cas où le mal est donné à un enfant par contact accidentel de ceux où il tient originairement du fait même de l'acte procréateur...

» La difficulté tient à ce qu'on a toujours tenté de prendre les éléments de cette définition dans son mode d'origine. Or, celui-ci est multiple...

» Au point de vue strict de la physiologie pathologique, cette vérole-là devrait être divisée en *spermatique*, *ovulaire* ou *sanguine*, suivant qu'elle provient du père, de la mère infectée après conception, ou qu'elle est communiquée soit au fœtus par la mère infectée après conception, soit à la mère par le fœtus infecté du fait de son père. »

Langlebert admet le terme générique de syphilis infantile et lui reconnaît deux variétés ou origines : la syphilis infantile congénitale (contractée pendant la vie intra-utérine) et acquise (contractée après naissance).

D'autres classifications et dénominations ont encore été adoptées. Nous croyons inutile d'en encombrer cette revue et nous pensons avec Diday que l'accord n'est pas fait parce que l'on ne s'entend pas sur la valeur des mots et qu'on veut mettre sous une même rubrique pathogénique des affections ou des variétés morbides originairement dissemblables.

A notre humble avis, il faut toujours s'efforcer dans les classifications scientifiques d'employer les mots les plus simples et s'attacher à leur conserver leur signification étymologique et usuelle.

Pour nous donc, la *syphilis infantile*, c'est la vérole des enfants, rien de plus, rien de moins.

Quant à ses modes de production et à ses origines, nous dirons qu'elle peut être multiple, *congénitale* ou *intra-utérine*, quand elle est produite avant la naissance, *acquise* ou mieux *extra-utérine*, quand elle a été apportée à l'enfant après sa naissance.

Cette dernière variété, la syphilis infantile acquise après la naissance, ne doit pas être étudiée à part. Elle est semblable à la syphilis des adultes, à part cette différence étiologique que la porte d'entrée du mal et la production du chancre initial, sont plus rarement génitales, plus souvent buccales, ombilicales, etc..., et cette différence clinique qu'elle évolue sur un terrain jeune, un organisme en pleine voie de formation et d'activité vitale, mais aussi de réceptivité morbide.

Quant à la syphilis infantile congénitale ou intra-utérine, elle embrasse la grave et discutée question de la syphilis héréditaire et de l'hérédité syphilitique. C'est cette question que nous allons nous efforcer de mettre au point en cherchant à définir ce que les enfants issus de parents syphilitiques peuvent apporter en naissant..., et cela est plus varié qu'on le croit.

II. — Syphilis congénitale, *dite héréditaire*

La syphilis congénitale, encore dite héréditaire, comporte l'étude de la syphilis que les enfants apportent en naissant, dont ils sont atteints avant de naître, soit qu'il y ait déjà des accidents spécifiques visibles et certains ou que la maladie soit encore à la période de latence, d'incubation et exige un temps plus ou moins long avant de sortir ses manifestations morbides. Tout le monde est d'accord pour admettre que si généralement ces accidents spécifiques ne tardent guère que quelques semaines ou de rares mois à éclore, il peut cependant arriver qu'il y ait un sommeil assez long de la maladie et que ce n'est que tardivement, deux, quatre, dix, même vingt ans ou plus après la naissance que la maladie ne produise ses premiers effets, cliniquement et anatomiquement appréciables.

La *syphilis congénitale*, héréditaire, peut donc être *précoce* ou *tardive*.

Quelle est l'origine de cette syphilis congénitale ; par quel mécanisme, par quelles voies est-elle apportée au fœtus ? Voilà le problème qu'il s'agit de résoudre. Pour arriver à sa solution, il est logique, afin de ne pas mêler des choses dissemblables, d'envisager l'influence du père et de la mère séparément.

III. — Influence de la mère

De tout temps, aujourd'hui comme il y a plusieurs siècles, l'influence de la mère a été admise et indubitablement démontrée.

1. — Une mère syphilitique engendre souvent un enfant syphilitique, même si le père est indemne. Des exemples concluants de cette influence maternelle sont nombreux et nous croyons superflu de rééditer les observations cliniques qui sont reproduites dans tous les ouvrages classiques.

II. — Dans quelles limites cependant cette influence maternelle syphilisante s'exerce-t-elle ?

A cette question, impossible de donner une réponse précise, se vérifiant dans tous les cas. On s'est basé. il est vrai, sur des séparations bien constatées d'époux, sur l'époque bien connue de l'infection syphilitique chez la mère, pour formuler quelques règles, qui ne peuvent être considérées que comme des moyennes plus que probables, comme on dirait en mathématiques. mais non certaines toutefois.

D'une façon générale. une mère a d'autant plus de chances d'infecter le fœtus et celui-ci d'être arrêté dans son développement (avortements) ou de naître atteint de lésions plus profondes et plus graves que la mère était infectée peu avant, plus au début de la grossesse et moins longtemps traitée.

Inversement, l'enfant a d'autant plus de chance d'échapper à l'infection que la syphilis de la mère s'est déclarée plus tardivement pendant la grossesse, depuis plus d'années avant celle-ci ou qu'elle ait été mieux et plus longtemps traitée.

Mais, encore une fois, il n'y a pas là de règle fixe, immuable.

Il y a plus; par cela même qu'une femme a eu la syphilis, même quelquefois récente, ce n'est pas une raison pour que l'enfant soit nécessairement infecté; la meilleure preuve en est dans ce fait d'un enfant parfaitement sain, naissant au milieu de deux autres syphilitiques ou d'un enfant né de mère syphilitique, et contractant chancre, ganglion témoin, roséole, etc., c'est-à-dire syphilis acquise banalement d'une nourrice, par exemple.

On a également cherché à expliquer la raison des chances d'infection du fœtus rappelées plus haut et notamment de l'intégrité assez fréquente des enfants quand la mère n'est pas infectée avant le septième mois de la grossesse, et on a émis les arguments suivants : au delà d'une certaine période de la grossesse, les parois vasculaires qui séparent les appareils nutritifs placentaires de la mère et du fœtus présenteraient plus de résistance au passage du virus, les échanges nutritifs entre les deux êtres n'ont plus été assez prolongés, etc.

III. — Nous sommes persuadé qu'il n'est pas difficile, en tenant compte d'expériences bien conduites, de donner une explication plus scientifique de ces apparents caprices de la nature.

Il est démontré, de par de nombreux observateurs, et par Malvoz, de Liège, le premier ou le plus complètement sans doute, que les éléments virulents, les microbes des maladies infectieuses, ne passent pas plus à travers le filtre placentaire (les deux circulations maternelle et fœtale sont, en effet, complètement séparées et il n'y a que les éléments liquides ou dissous qui transsudent de l'un à l'autre) qu'ils ne traversent la membrane filtrante et sécrétante, basilaire et épithéliale, des reins de la glande mammaire, des glandes sudoripares, testiculaires, salivaires, etc., etc., si celles-ci sont dans un état anatomo-physiologique normal et si elles n'ont pas, à la suite d'une lésion spécifique ou traumatique, subi une solution de continuité.

Pour le charbon, pour la tuberculose, les fœtus n'étaient atteints de la maladie inoculée à la mère qu'alors seulement qu'il y avait eu effraction placentaire, lésions placentaires, permettant, au moins en un point, le mélange du sang maternel et fœtal.

Admettez cette condition anatomique, et toutes les éventualités possibles trouvent une explication rationnelle et, ce qui est un argument en sa faveur, simple et unique.

Ainsi, la syphilis de la mère, contractée après le septième mois, n'a guère le temps en deux mois que de se généraliser, de produire la période réactionnelle, de la roséole, de l'angine érythémateuse ou de la fièvre initiale: les lésions réellement spécifiques ne pourront être qu'exceptionnelles, superficielles et la condition du mélange sanguin interplacentaire rarement réalisée; la mère étant, au contraire, infectée peu de temps avant ou au début de la grossesse, la syphilis aura eu le temps d'atteindre la période secondaire des accidents papulo-tuberculeux et même ulcéreux: la généralisation de ces lésions déjà hystologiquement bien formées et essentiellement infectantes sera complète, profonde, parenchymateuse, et le placenta, comme la plupart des organes, ne pourra échapper que par miracle à ces lésions en partie destructives : le fœtus est presque, pour ne pas dire toujours, fatalement exposé à être contagionné.

Ainsi encore, quand la syphilis est en plein traitement, on pourra prévenir, restreindre, faire résoudre avant le stade de désagrégation histologique les lésions placentaires communicantes, comme toutes les autres lésions syphilitiques de la mère, et le fœtus aura des chances sérieuses d'être mis à l'abri de la contamination.

Ainsi, enfin, s'explique facilement que dans la syphilis tertiaire de la mère. même grave, l'enfant peut naître sain, et les exemples abondent ; c'est que dans la syphilis ancienne, tertiaire, à part les stades possibles des nouvelles poussées généralisées, le sang de la mère n'est plus contagieux, les lésions s'isolent, se cantonnent ; il y a par exemple des lésions, même profondes, des os, des poumons, de la peau ou du cerveau, mais les reins, le foie sont souvent épargnés et le placenta peut l'être également.

Je n'insiste pas davantage et je conclus en disant que c'est dans les lésions communicantes du placenta qu'il faut chercher la raison scientifique de l'infection ou de l'intégrité du fœtus.

IV. — L'influence syphilisante maternelle est donc bien démontrée et il est permis de la prédire avec assez de probabilité, quand on connaît les dates d'apparition et l'intensité d'évolution de la maladie, la nature et la durée du traitement. Mais cette influence syphilisante maternelle est-elle la preuve de *l'hérédité* de la maladie? J'opine pour la négative, et je ne doute pas que vous partagiez mon avis, à la condition que nous ne parlions pas deux langues différentes et que nous nous entendions bien, scientifiquement, sur la valeur biogénique du mot *hérédité*.

V. — L'hérédité consiste dans ce phénomène biologique en vertu duquel les ascendants transmettent à leurs descendants des particularités d'organisation et des aptitudes, tant morbides que normales.

Telle est la définition la plus généralement admise et en fait, au point de vue de l'observation seule, elle est complète. Mais elle se borne à énoncer la transmission aux descendants d'une sélection anatomique, physiologique ou pathologique et elle n'en pénètre pas le mécanisme.

C'est ce qui fait que très souvent on considère comme

héréditaires des troubles ou des maladies que l'enfant apporte en naissant. Or, ici, il peut très bien ne plus s'agir d'hérédité. mais de contagion ou d'acquêt intra-utérin. Ce qu'il ne faut pas oublier, quand on veut attribuer à l'hérédité sa juste part d'influence et sa réelle intervention, c'est que la vie de l'individu débute au moment où l'ovule fécondé commence sa segmation et que c'est dès ce moment là même que le futur être tient ses aptitudes vitales, héréditaires, physiologiques ou pathologiques.

Peu importe que cet œuf fécondé évolue par lui-même, libre au dehors, ou dans les organes génitaux de la mère.

Nous savons que la mère n'ajoute aucun élément cellulaire nouveau au jeune être, pendant toute la portée et qu'elle n'intervient que comme milieu nutritif, son sang ne se mêlant même pas au sang du fœtus.

L'influence du milieu nutritif, plus ou moins riche, peut certes aider au complet développement, à la performance du fœtus, comme chez l'enfant les conditions de chaleur, d'aération, d'alimentation, etc., peuvent le rendre plus ou moins robuste. Mais il n'y a pas dans ces conditions nutritives, absolument extrinsèques pour le fœtus, un véritable héritage maternel.

L'hérédité proprement dite est donc initiale, spermatozoïdique et ovulaire. L'embryologie nous apprend que dans la formation de l'être l'influence des deux géniteurs est égale et que les deux pronucléi, mâle et femelle, spermatozoïdique et ovulaire ont même importance et interviennent par parts égales dans la constitution du noyau de l'œuf fécondé et dans la formation de toutes les cellules qui en dérivent.

Les deux pronucléi sont les supports des tendances ancestrales du père et de la mère.

Voilà où existe, où commence, d'où dérive *uniquement* l'hérédité dans le sens scientifique du mot.

Pour nous résumer, il y a donc une hérédité spermatozoïdique et une hérédité ovulaire.

En quoi peuvent consister celles-ci ? Et pour nous en tenir spécialement à notre sujet, le spermatozoïde ou l'ovule peuvent-ils être les vecteurs, les réceleurs, des éléments virulents d'une maladie infectieuse comme la syphilis ?

Pour la première question, les faits attestent l'hérédité, tant paternelle que maternelle des prédispositions morbides, des tempéraments, des diathèses, des maladies par troubles de la nutrition, et je crois inutile d'insister plus longuement sur ces faits ou de les énumérer.

Pour la seconde question, la transmission héréditaire, c'est-à-dire spermatozoïdique et ovulaire des maladies virulentes, microbiennes, bornons-nous pour le moment, en ce qui concerne la syphilis maternelle héréditaire, objet de ce chapitre, à constater que personne ne l'a pu démontrer. Quand la mère est syphilitique et qu'elle met au monde soit un fœtus syphilitique mort, avorté, soit un enfant à terme et syphilitique aussi, il n'a été donné à aucun observateur de fournir la preuve que la syphilis était ovulaire, c'est-à-dire héréditaire et non membraneuse ou placentaire, c'est-à-dire acquise *in utero*. Tous les arguments que l'on a mis en avant, pour supposer une infection ou une imprégnation syphilitique ovulaire, ne sont que spéculatifs et, du reste, tous les auteurs le reconnaissent. Nous montrerons tout à l'heure, dans un chapitre spécial, ce que l'embryologie pathologique nous apprend à cet égard et nous passons ainsi à l'influence paternelle.

(A suivre.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 11 décembre. — Présidence de M. Théophile Anger.

A propos de la lecture du procès-verbal (Voir *Gazette Médicale* du 7 décembre) :

M. Pozzi revient sur quelques points de sa communication : Dans la dernière séance, j'ai parlé, non seulement des élévations de température accompagnant certains épanchements sanguins intra-péritonéaux survenus à la suite d'opérations sur le petit bassin, mais j'ai parlé aussi de toutes les sortes d'épanchements sanguins intra-péritonéaux, des épanchements intraligamenteux et même d'épanchements étendus dans le tissu cellulaire.

Au point de vue de la chronologie, j'ai pris également soin de nettement spécifier deux sortes d'ascensions thermiques : les ascensions thermiques *initiales* et les ascensions thermiques *tardives*. Les premières, je n'ai fait que les signaler, n'en ayant, pour ma part, jamais vu. Au contraire, j'ai observé de l'hypothermie plutôt que de l'hyperthermie aussitôt les épanchements sanguins intra-péritonéaux en général. C'est sur des faits de ce genre, surtout, que M. Quénu a appuyé des affirmations pathogéniques qu'il met sur le compte de la réaction nerveuse réflexe.

Quant aux ascensions thermiques tardives, ce sont elles seules que j'ai voulu envisager. C'est à elles seules que j'applique la théorie chimique de la thermogénèse dont j'ai parlé, et je m'empresse d'ajouter que ces élévations tardives de la température sont du plus haut intérêt parce qu'elles surviennent juste au moment où nous sommes tentés de les mettre sur le compte de la suppuration.

M. Chaput donne quelques explications complémentaires sur le mode d'emploi du bouton qu'il a préconisé, dans la dernière séance. pour l'urtéroanastomose.

L'orateur présente :

a) Une série de figures qui rendent aisément compte de ce mode d'emploi.

b) Une pièce anatomo-pathologique sur laquelle s'explique, mieux encore, la façon d'appliquer ce bouton.

Les conclusions de M. Chaput, relativement aux avantages du bouton préconisé par lui, sont les suivantes :

Le bouton en question présente un volume plus petit que le plus petit bouton de Murphy. Son orifice est cependant plus grand que celui du plus gros bouton de Murphy, le canal qu'on obtient est d'un diamètre plus grand et, cependant, d'une longueur plus petite ; il a moins de chances de s'engorger ; enfin, il ne produit pas de sphacèle.

A l'appui de ses conclusions, M. Chaput rappelle trois malades chez lesquels il a fait l'application du nouveau bouton : chez le premier, la mort a eu lieu secondairement et l'autopsie a permis de montrer que la suture, au niveau du bouton, n'avait pas fait défaut, malgré des vomissements incoercibles tenaces présentés par le malade ; chez le second, une laparotomie étant devenue secondairement obligatoire, on a pu voir aussi que les sutures, au niveau du bouton, étaient demeurées parfaites ; quant au troisième opéré, il a dû subir deux urtéro-anastomoses au mois de septembre dernier. Il se porte aujourd'hui aussi bien que possible, mais les deux boutons n'ont pas encore été rendus par lui.

A propos de la correspondance :

M. Buffet (d'Elbeuf) demande d'être inscrit au nombre des candidats au titre de membre correspondant national de la Société de chirurgie.

M. Tillaux, au nom de **M. Buffet** (d'Elbeuf), remet à la Société trois nouvelles observations.

Rapporteur : M. Michaux, qui a déjà été nommé rapporteur des dernières observations envoyées par M. Buffet.

Chirurgie du poumon.

DE LA PNEUMOTOMIE

Suite de la discussion.

M. Tuffier. — Dans la communication que j'ai faite le 13 novembre dernier (Voir *Gazette Médicale* du 16 novembre), il y avait deux points : 1° des faits cliniques sur trois cas d'hémothorax ; 2° des faits de médecine opératoire sur un procédé d'exploration du poumon par le décollement de la plèvre pariétale.

Je passerai rapidement sur les faits cliniques. Ici, nous sommes tous d'accord. Nous ne différons que sur la question de la pathogénie. M. Michaux a voulu expliquer les signes fonctionnels présentés par mes trois malades, par des accidents de pneumonie traumatique. Il est certain que des accidents de ce genre n'étaient nullement en cause. Nous savons tous qu'un malade qui a de l'hémothorax peut élever sa température à un moment donné. La discussion qui a eu lieu à la dernière séance, au sujet des ascensions thermiques dans les épanchements intra-péritonéaux, plaide tout à fait en ma faveur. Je n'insiste pas davantage et je me contente de me rattacher aux opinions de MM. Lucas-Championnière et Pozzi. (Voir *Gazette Médicale* du 7 décembre.)

Je dois m'étendre davantage sur le procédé du décollement de la plèvre pariétale, que j'ai proposé et que certains de mes collègues ont vivement critiqué.

Tout d'abord, la conclusion du travail lu par moi portait que j'admettais que, dans les cas d'affections chirurgicales du poumon, s'il n'y avait pas d'adhérences pleurales préalables, on pouvait commencer par en provoquer, et que, s'il y en avait, il fallait en profiter pour ouvrir délibérément la plèvre.

J'ai dit aussi que, dans les cas où ni l'une ni l'autre de ces méthodes ne seraient suivies, mais pour les cas seuls où la plèvre ne serait pas au préalable adhérente, je considérais le procédé du décollement de la plèvre comme supérieur au procédé de l'incision pleurale franche. Je maintiens cette conclusion et voici pourquoi :

Parmi les orateurs qui ont pris la parole dans la discussion, certains ont admis mon procédé. MM. Quénu, Berger, d'autres l'ont rejeté ; certains même, tels que M. Bazy, ont prêché son effondrement.

Or, si je m'en rapporte, non pas aux opinions émises par les divers orateurs, mais aux faits cliniques qu'ils ont apportés, je vois que deux observations seules ont été lues, l'une par M. Ricard, l'autre par M. Quénu. En pareille matière, je crois que les faits disent tout et qu'ils méritent seuls l'attention.

A la vérité, je retiens, tout particulièrement, le fait de M. Quénu. Il est précieux pour moi, car M. Quénu est un des seuls qui m'aient défendu dans la discussion. Je veux bénéficier de ses conclusions.

J'en arrive à des idées d'ordre plus général. Il est évident que l'exploration chirurgicale du poumon, qui est au fond de toute cette discussion, est une manœuvre le plus souvent secondaire ; je partage, sur ce point, les idées de MM. Terrier et Segond.

Tout le monde, d'ailleurs, en convient, je crois ; mais cela ne prouve pas que l'exploration médicale du poumon soit toujours suffisante. S'il y a des adhérences pleurales, s'il faut déterminer le siège exact de la lésion, les médecins commettent fréquemment des erreurs. Nous les voyons presque constamment faire des localisations trop élevées et ils ne peuvent dire, enfin, à quelle profondeur du parenchyme siège l'abcès.

Je suppose donc que tout nous indique d'intervenir primitivement. Nous incisons la peau, réséquons les côtes et arrivons sur la plèvre pariétale. Ici, que faire ?

S'il y a des adhérences, nous pénétrons, de suite, dans la plèvre, soit ; personne n'a jamais eu l'idée de décoller la plèvre en pareil cas et je pense bien que M. Ricard n'a pas voulu m'en prêter l'intention

Comment ouvrira-t-on la plèvre ? Certains l'ouvrent avec le thermo-cautère ; je l'ai toujours ouverte avec le histouri, en effondrant le parenchyme avec la sonde cannelée.

S'il n'y a pas d'adhérences, c'est alors que se présentent les deux tactiques que voici : les uns ouvrent délibérément la plèvre par une grande incision (M. Ricard), par une petite incision (M. Bazy) ; les autres ne veulent pas ouvrir la plèvre. C'est là le procédé extra-pleural que j'ai préconisé dans le but d'éviter le pneumothorax.

L'incision pleurale présente, selon moi, de graves dangers. En effet, si la plèvre n'adhère pas, le poumon se rétracte parce que l'air entre en abondance dans la cavité pleurale, et ce pneumothorax engendre des troubles circulatoires et respiratoires de la plus haute gravité. Rappelez-vous seulement l'observation de M. Quénu. J'ai dû, moi-même, dans un cas semblable, suturer de suite le poumon à la plèvre pariétale pour éviter l'asphyxie du malade. Mon malade a guéri, mais n'en a pas moins couru de sérieux dangers.

Outre cet accident immédiat du pneumothorax, l'incision de la plèvre présente d'autres dangers. Ce sont les accidents secondaires de pyopneumothorax dont il faut tenir compte. Une plèvre ouverte ne se referme pas toujours comme on le désire. Des accidents consécutifs peuvent se montrer et entraîner la mort du malade, comme j'en ai vu un cas.

Je demanderai maintenant si la pleurotomie est elle-même suffisante pour aller examiner le poumon. M. Quénu vous a dit qu'il était d'avis qu'elle ne suffisait pas toujours. A la vérité, vous serez exposé à trouver d'autant moins le poumon que vous cherchez, qu'il aura fui la paroi en se rétractant près de la colonne vertébrale et aura changé tous les rapports sur lesquels vous vous êtes basés pour ouvrir la plèvre. En somme, je ne trouve pas de preuves qui démontrent la bénignité ni même la suffisance de la pleurotomie exploratrice du poumon.

En est-il de même pour la thoracotomie extra-pleurale ? Je répète que je ne le crois pas. Elle permet, en effet, de créer des adhérences lorsqu'il n'y en a pas, comme l'ont préconisé Roux (de Lausanne) et Delorme ; elle permet de rendre bénigne l'entrée secondaire dans la plèvre.

Si vous ne voulez pas créer des adhérences, mais procéder de suite à l'examen du poumon, c'est alors que je vous conseillerai, de nouveau, de décoller la plèvre, de l'examiner, de voir comment se comporte le poumon au-dessous d'elle. Ce procédé vous permettra, je ne crains pas de le redire, de voir le lieu des adhérences pleurales et de faire porter à ce niveau seulement une incision pleurale qui n'encourra pas les dangers du pneumothorax.

Cette opération donne-t-elle de bons résultats ?

A la vérité, nous avons très peu de cas pour juger. M. Quénu n'a eu qu'à se louer de mon procédé. Moi-même, au point de vue opératoire, je ne puis que m'en féliciter, je vous l'ai déjà dit. Si mon premier malade est mort, il n'est mort que le lendemain du jour où je vous en ai parlé pour la première fois, et il a succombé à des accidents d'hémoptysies imputables à la gangrène pulmonaire pour laquelle je l'avais opéré et non pas au décollement de la plèvre que j'avais pratiqué chez lui. Il en a été de même chez un second malade opéré dernièrement pour la même affection du poumon.

En définitive, voilà trois observations où le décollement de la

plèvre pariétale a donné d'excellents résultats opératoires, et je conclus que ce procédé (je ne tiens nullement à la dénomination de méthode) doit être retenu pour les cas, bien spécifiés maintenant, où l'on jugera son emploi utile.

M. Moty rappelle la communication faite par M. Delorme à la séance du 8 mai dernier sur un cas d'arrachement de la main, guéri sans amputation de l'avant-bras. (Voir *Gazette Médicale* du 11 mai 1895.)

L'orateur a vu, au Tonkin, huit Annamites qui ont subi le supplice de l'amputation du poignet dans des conditions qui étaient loin d'être chirurgicales. Comme M. Delorme, M. Moty s'est contenté, chez quelques-uns, de régulariser la plaie. La guérison s'est faite d'elle-même en laissant un moignon très suffisant. M. Moty conclut qu'il est décidé, aujourd'hui, pour des cas de ce genre, à ne pas opérer d'urgence: la nature se charge mieux que le bistouri de mettre les choses en place.

M. Poirier. — Une autre conclusion se dégage des faits de M. Moty : dans les amputations, les lambeaux deviennent inutiles; ce que nous avons appris de nos maîtres, ce que nous nous efforçons d'enseigner à nos élèves est loin de la vérité. Il faut désormais amputer selon les procédés annamites.

M. Quénu. — M. Moty sait-il comment les Annamites s'y prennent pour couper les mains de leurs victimes ? Il est évident que s'ils font la rétraction de la peau avant de sectionner, ils se rapprochent un peu de ce que nous faisons nous-mêmes.

Traitement de l'appendicite à répétition.

M. Février lit un travail dont voici le point capital : dans l'appendicite à répétition les rechutes semblent dues à des rétentions qui se produisent dans un appendice irrégulier, sinueux et partiellement rétréci après une première atteinte. La résection à froid de l'appendice s'impose donc. Elle a donné à M. Février une mortalité moyenne de 1,65 0/0.

Présentation de malades.

M. Quénu présente à la Société un jeune homme, âgé de 23 ans, auquel il a fait, il y a trois ans, la thoracoplastie, par le procédé préconisé par lui. L'opération a été déjà faite pour une fistule pleurale intarissable, datant de quatre ans. Deux mois après l'opération, le malade a pu reprendre son métier de maçon.

Ce malade est celui sur l'observation duquel M. Verneuil avait lu un rapport à l'Académie de médecine.

Présentation de pièces.

M. Pierre Delbet annonce la mort du chien qu'il avait présenté à l'une des dernières séances (Voir *Gazette Médicale* du 23 novembre 1895) et présente des ganglions pris dans le mésentère de ce chien.

Petit.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 6 décembre.

Absorption par la voie stomacale de quantités énormes de sous-nitrate de bismuth sans phénomènes d'intoxication.

M. Mathieu rapporte l'observation d'un malade de son service qui prit plus de 1,600 grammes de sous-nitrate de bismuth en 80 jours. Il s'agissait d'un hyperchlorhydrique avec douleurs très violentes qui fut soumis à l'usage du sous-nitrate de bismuth à haute dose (20 grammes par jour : 15 le matin et 5 le soir). Le traitement fut commencé pendant la deuxième quinzaine de juin et le malade le continua pendant l'absence de M. Mathieu en juillet et août. Ce malade ne présenta aucun phénomène d'intoxication; pas de stomatite marquée, pas de liséré. Il présentait seulement une pigmentation bistrée de la face, un peu analogue au masque de la grossesse; cette pigmentation a disparu après la cessation du bismuth. Il n'y a pas eu de constipation.

Cette médication, qui a parfaitement calmé les phénomènes douloureux, n'a produit aucun résultat au point de vue de la dyspepsie elle-même ; la sécrétion chimique et la motricité de l'estomac, comme l'a montré l'épreuve de l'huile émulsionnée, n'ont pas été sensiblement modifiées.

M. Hayem dit que l'observation de M. Mathieu confirme celle qu'il a apportée dans la dernière séance en montrant l'absence d'intoxication à la suite du traitement stomacal par le bismuth. Le bismuth est un palliatif qui a l'avantage sur le bicarbonate de soude de ne pas exciter la muqueuse de l'estomac, mais il ne modifie pas le chimisme stomacal.

M. Mathieu a eu de bons résultats du sulfate d'atropine donné à la dose d'un milligramme et demi pendant deux ou trois semaines. Ce médicament atténue les douleurs et, chez divers malades, a amené une diminution notable de l'hypersécrétion et de l'hyperchlorhydrie.

M. Hayem. — Le traitement par l'atropine est d'origine russe et il a été très vanté par les médecins de ce pays. Je n'ai pas obtenu de résultats encourageants. L'atropine peut cependant diminuer momentanément l'hypersécrétion stomacale comme elle diminue la sécrétion de la pituitaire dans le coryza.

Mort rapide par obstruction de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche dans un cas de rétrécissement mitral compliqué d'endocardite végétante.

M. Henri Huchard. — L'histoire clinique de ce fait se résume en quelques mots : rétrécissement mitral avec légère insuffisance aortique chez une femme de trente-huit ans, sans antécédents rhumatismaux ; dyspnée intense sans aucune trace de congestion ou d'œdème pulmonaire. Après être restée quelques jours seulement dans mon service, elle y rentre bientôt en proie à une violente orthopnée avec asphyxie blanche, et succombe dans la nuit. En m'appuyant sur d'autres faits de morts rapides ou subites dans le rétrécissement mitral, faits que j'ai étudiés dans deux leçons publiées par le *Bulletin médical* et dans la thèse d'un de mes élèves, A. Gérard, en m'appuyant encore sur les symptômes observés, j'attribuai la mort à la thrombose cardiaque et surtout à l'obstruction de l'orifice auriculo-ventriculaire par un caillot.

L'autopsie a pleinement confirmé ce dernier diagnostic. Sans doute, le coagulum, gros comme une noix, qui a brusquement interrompu le cours du sang de l'oreillette dans le ventricule, doit plutôt être rapporté à l'existence d'une endocardite végétante qu'à une véritable thrombose auriculaire. Mais les faits d'occlusion soudaine de l'orifice mitral déjà rétréci, faits rapportés autrefois par Adams et Stokes, permettent de comprendre pourquoi ce dernier auteur a pu dire que « la maladie mitrale offre des chances plus grandes de mort subite que les affections analogues de l'aorte ». Pour moi, du reste, il est démontré que la mort subite est extrêmement rare dans l'insuffisance aortique d'origine endocardique, et qu'elle est fréquente seulement dans l'insuffisance aortique artérielle. Chez ma malade la mort rapide ne peut pas être attribuée à l'insuffisance aortique, auquel cas elle serait survenue par *syncope* ; elle doit être attribuée à l'occlusion complète de l'orifice mitral par cette grosse végétation, ce qui donne lieu à la mort par *asphyxie*.

D'un autre côté, cette endocardite végétante qui a pris surtout naissance à la face auriculaire de la valvule mitrale, a été préparée par l'énorme tension que subissent toujours les parois de l'oreillette gauche dans le rétrécissement mitral. La mort rapide, ou même subite, peut survenir de trois façons différentes dans cette maladie : 1° par oblitération presque complète de l'oreillette gauche, au moyen de caillots stratifiés, ce qui est assez rare; 2° par l'obstruction des veines pulmonaires; 3° par l'obstruction complète de l'orifice auriculo-ventriculaire, au moyen de caillots ou de grosses végétations.

On sait, en plus, que la thrombose et l'endocardite auriculaires existent surtout au niveau de la paroi postérieure de l'oreillette, et j'ajoute que l'augmentation de la matité sus-ventriculaire, que parfois l'existence de battements auriculaires, de troubles arythmiques et tachycardiques, d'accidents dyspnéiques confinant souvent à l'asphyxie sans trace de congestion ou d'œdème pulmonaires, sont des symptômes permettant d'affirmer cette grave et si fréquente complication de thrombose auriculaire. Cette complication est même si fréquente qu'on peut dire que, *dans le rétrécissement mitral, la clef du pronostic est dans l'oreillette gauche.* En tout cas, le but de ma communication a été de montrer que la mort, non seulement rapide, mais subite, n'est pas absolument rare dans la sténose mitrale; que la thrombose auriculaire et l'obstruction de l'orifice auriculo-ventriculaire par un caillot ou de grosses végétations peuvent être diagnostiquées.

Dissociation segmentaire du myocarde dans un cas de « cœur forcé ».

M. Félix Ramond, interne de **M. Chauffard**. — Les lésions du myocarde dans le cœur forcé n'ont jamais fait l'objet d'études spéciales ; les auteurs signalent seulement la dilatation des cavités, l'amincissement des parois. Dans deux observations, l'une de Revilliod, et l'autre du professeur Peter, il est fait mention de quelques lésions banales de myocardite probablement ancienne. Nous avons pu examiner un cas de « cœur forcé » dans le service de M. Chauffard, et qui présentait une dissociation segmentaire des plus nettes. Le malade, coureur de profession, après avoir fourni une course rapide de 30 kilomètres dans l'espace de quatre heures environ, avait succombé avec tous les symptômes d'une asystolie suraiguë, d'une myocardite de surmenage, pour employer l'expression de Peter. L'examen des urines ne put être pratiqué; il y avait une anurie complète.

A l'examen microscopique du cœur on trouva des lésions indiscutables de dissociation segmentaire ; la fibre semblait se rompre dans sa continuité et au niveau du ciment intercellulaire. Il y avait, en outre, une hémorrhagie interstitielle considérable, aidant sans nul doute à la dissociation, et de nombreuses petites granulations graisseuses dans le corps de la cellule. Mais à part ce détail, la cellule et le noyau ne présentaient aucune autre lésion dégénérative.

L'absence de diapédèse notable, de tissu fibreux jeune ou adulte écarte ici toute idée d'inflammation, de myocardite en un mot. La lésion est plutôt d'ordre *mécanique*; sous l'influence de la systole et de la diastole, de l'hémorrhagie interstitielle, la fibre s'est rompue dans sa continuité ou séparée de sa voisine au niveau du ciment intercellulaire. Mais, pour cela, il fallait que cette fibre eût perdu sa résistance et son élasticité normales, par suite d'un *processus dystrophique* de son protoplasma.

Dans le cas actuel, ce processus n'était pas absolument récent; le malade, coureur de profession, avait surmené depuis longtemps sa fibre cardiaque, comme le témoignent les granulations graisseuses que nous avons signalées. Son cœur se trouvait en état de moindre résistance. Mais, en dernier lieu, ce malade, par suite d'une course trop longue et trop rapide, avec une température extérieure des plus élevées, dépassa cette limite de résistance de son organisme. Il y eut une production trop considérable de toxines, par suite d'une désassimilation cellulaire exagérée. Ces toxines ne purent être éliminées, et produisirent vraisemblablement les lésions que nous connaissons.

Cette explication, chimique pour ainsi dire, de la dissociation segmentaire, n'est pas une simple vue de l'esprit. Les recherches de MM. Armand Ruffer, Charrin, Roger, Rouquès, consignées pour la plupart dans les comptes rendus les plus récents de la Société de Biologie, montrent une production plus considérable, quelquefois énorme, de toxines, à la suite d'exercices musculaires violents et prolongés. Le sang des animaux fatigués est plus toxique que le sang normal (Mosso, Roger, Abelous), les urines injectées sont plus convulsivantes (Bouchard, Roger, Teissier et Bergognié); elles contiennent une quantité notable d'acide lactique, de créatine, de xanthine, d'inosite, de leucomaïnes plus ou moins définies ; elles contiennent de l'albumine ; l'extrait de muscle injecté produit une élévation de température (Charrin, Roger, Rouquès), toutes causes qui expliquent la symptomatologie de la fièvre de surmenage, avec tous ses accidents cardiaques que Peter rattache à la « myocardite de surmenage ». Il n'est donc pas absolument irrationnel de supposer que les toxines ou leucomaïnes, produites en trop grande quantité, et non éliminées, aient joué ici le même rôle que les toxines microbiennes de la dothiénentérie par exemple, ou de la variole, facteurs importants de la dissociation segmentaire et des ruptures musculaires en général.

Peut-être enfin faudrait-il faire intervenir l'action des infections préagoniques, si bien étudiées par MM. Achard et Phulpin, infections qui se produisent spécialement chez les animaux surmenés, comme le démontrent les récentes expériences de MM. Charrin et Roger, comme en fait encore foi la rapide putréfaction des animaux forcés. Mais il est probable que cette action polymicrobienne joue un rôle des plus secondaires, et que la dissociation segmentaire ressort, dans le cas présent, surtout d'une auto-intoxication.

Epithéliome lobulé généralisé dans l'ostéomalacie.

M. Hanot rapporte l'observation d'une malade de son service devenue ostéomalacique à vingt-deux ans après sa seconde grossesse. La marche fut assez rapide.

A l'autopsie on trouva dans le foie de petites tumeurs constituées par des épithéliomes lobulés, et en examinant les os M. Hanot a vu que tout le système médullaire des os était infiltré de productions analogues à celles du foie. Il s'agissait donc d'un épithéliome lobulé généralisé à tout le système osseux, ayant son maximum au niveau du sacrum et des os iliaques, point de moindre résistance chez la femme enceinte.

M. Hanot a déjà publié en 1874 un cas d'ostéomalacie où il avait trouvé des lésions syphilitiques osseuses généralisées.

Ces faits tendraient à faire considérer l'ostéomalacie non comme une entité morbide, mais comme un syndrôme.

M. Widal étudie actuellement les pieds d'une femme devenue ostéomalacique sept ans après sa dernière grossesse. Il n'y a en ce cas ni cancer ni syphilis des os. Il n'a pas non plus trouvé de microbes. On sait que quelques auteurs ont décrit des microbes dans l'ostéomalacie (Petrone).

Déformation en taille de guêpe, dans la myopathie atrophique progressive.

M. Marie décrit sous ce nom une déformation spéciale du tronc qu'il a trouvée dans 3 cas de myopathie progressive. Il existe au niveau des fausses côtes une déformation brusque en coup de hache. Les dernières côtes sont plus obliques et se rapprochent plus de la verticale que chez les individus normaux.

Ulcération du frein de la langue et subglossite diphtéroïde indépendante de la coqueluche.

M. Comby a observé deux ordres de lésions :

1° Une ulcération sublinguale analogue à celle de la coqueluche, survenant chez les enfants qui toussent ou ont toussé, sans avoir de quinte de coqueluche.

2° Une subglossite diphtéroïde ou papillomateuse, qui se rencontre chez des enfants ne toussant pas, mais poussant incessamment leur langue hors de leur bouche et irritant chroniquement la muqueuse du frein. M. Comby en rapporte un cas chez un enfant de neuf mois.

Il rapproche cette affection de la maladie de Réga, de l'aphte cachectique des auteurs italiens. H. Méry.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 7 décembre.

Atténuation des spores de l'aspergillus fumigatus dans les vieilles cultures.

M. Rénon remet une note dans laquelle il montre que les vieilles spores d'aspergillus fumigatus injectées aux lapins ne tuent pas ces animaux tandis que ceux-ci succombent à l'injection d'une quantité égale de jeunes spores.

L'auteur admet que la survie des lapins dans le premier cas est due à une véritable atténuation de la virulence des vieilles spores.

Inoculation de la tuberculose des mammifères aux gallinacés.

MM. Cadiot, Gilbert et **Roger** donnent les résultats de leurs expériences sur ce sujet.

Ces auteurs ont inoculé 86 poules avec des produits tuberculeux provenant de différents mammifères et ils n'ont obtenu que 9 résultats positifs : 8 fois les poules ont présenté des lésions viscérales de tuberculose, une fois des lésions sous-cutanées.

Aucune des nombreuses expériences destinées à rendre moins résistantes les poules sur lesquelles ils opéraient ne leur a permis d'inoculer à coup sûr la tuberculose des mammifères aux gallinacés.

Ces recherches ont permis de constater, de plus, que le bacille tuberculeux des mammifères peut subir des modifications dans l'organisme des gallinacés.

MM. Cadiot, Gilbert et Roger confirment ainsi leurs conclusions antérieures ; le bacille des mammifères et celui des oiseaux ne représentent que des races différentes d'une même espèce ; leurs caractères distinctifs sont trop contingents pour qu'on puisse établir entre eux une distinction absolue.

Ulcérations cornéennes dans l'ophtalmie purulente ; mode de propagation des microbes.

M. Kalt a fait l'examen anatomique de la cornée de malades atteints d'ophtalmie purulente et il a constaté que chez ces malades, dans des points en apparence non altérés, l'éphitélium cornéen se laissait traverser par des amas de microbes qui s'insinuaient entre les cellules et arrivaient jusqu'à la membrane de Bowmann.

De la polydactylie.

M. Giard signale le fait suivant :

Si l'on place une salamandre dans une cage, elle s'use rapidement les pattes en frottant ces organes contre les parois de la cage. Mais au moment de la mue, les doigts usés se régénèrent, ceux-là mêmes qui sont le plus usés se bifurquent. C'est là un exemple de polydactylie facile à voir.

Relations de la circulation abdominale avec les mouvements du cœur.

M. Hapfer. — Le massage de la région abdominale entraîne un ralentissement du cœur, d'abord, puis une augmentation d'énergie de la systole cardiaque. Si le massage est fait avec une plus grande intensité, le cœur se tétanise et se vide ou bien s'arrête en diastole.

D'autre part, la lipothymie s'accompagne de vaso-dilatation abdominale et arrête le cœur en systole.

Il semble donc que le massage léger de la paroi abdominale, en faisant succéder la vaso-constriction abdominale à la vaso-dilatation, doive être de quelque utilité dans les cas de lipothymie.

De l'activité de quelques ferments en solution alcoolique.

M. Dastre a obtenu des solutions de trypsine au titre de 50 et 55 0/0, dans l'alcool. Il a obtenu aussi des solutions alcooliques de ferment amylosique au titre de 65 0/0.

Ces ferments conservent leur activité dans des solutions alcooliques plus faibles : la trypsine dans une solution à 22 0/0, l'amylose dans une solntion à 25 0/0.

De la mobilisation profonde ou de l'extraction de l'étrier dans les surdités dues à des lésions localisées dans l'oreille moyenne.

M. Garnault conseille de suivre pour l'extraction de l'étrier dans les cas de surdités dues à des lésions de l'oreille moyenne, non pas la voie membraneuse mais le procédé suivant :

On décolle le conduit membraneux et on élargit le conduit osseux suivant les nécessités, puis on enlève le tympan, le marteau et l'enclume, on dissèque profondément l'étrier dans sa niche après avoir sectionné son muscle ; si l'étrier présente une soudure osseuse avec les parois de la niche, on le fait sauter au moyen d'un levier ; on applique à l'entonnoir osseux les lambeaux du conduit membraneux incisé suivant le procédé de Stacke et on conserve ainsi un très large conduit permettant de placer sur l'étrier même un instrument prothétique destiné à améliorer l'audition.

M. Garnault présente deux malades atteints de surdités graves et qui ont, grâce à l'opération par le procédé ci-dessus, recouvré en partie l'ouïe.

De l'hérédité morbide.

M. Morau, à l'appui des faits communiqués par MM. Gley et Charrin, montre que si les animaux auxquels on a pratiqué des inoculations de néoplasmes, se croisent entre eux, ou bien les produits obtenus n'arrivent pas à terme, ou bien ils meurent quelque temps après la naissance, ou bien ils sont rachitiques, ou bien ils présentent des malformations congénitales.

M. Charrin, au nom de **MM. Cadéac** et **Bournay** présente un travail qui établit que le bacille de Koch résiste au suc digestif et peut conserver sa virulence en traversant le tube digestif.

ACTES DE LA FACULTÉ

DU 16 AU 21 DÉCEMBRE 1895

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 16 décembre, à 1 heure. — 2e (2e partie) : MM. Ch. Richet, Retterer, Weiss. — 3e Oral (1re partie) : MM. Marchand, Reclus, Varnier. — 3e (2e partie) : MM. Straus, Gaucher, Widal. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Tillaux, Broca, Walther. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Terrier, Delbet, Ricard. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu : MM. Hayem, Fournier, Letulle.

Mardi 17 décembre, à 1 heure. — 2e (2e partie) : MM. Raymond, Gley, Chassevant. — 3e Oral (1re partie) : MM. Berger, Maygrier, Nélaton. — 3e (2e partie) : MM. Laboulbène, Hutinel, Roger. — 4e : MM. Proust, Gilbert, Thoinet. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité : MM. Guyon, Duplay, Albarran. — 5e (2e partie), Charité (1re série) : MM. Jaccoud, Marie, Achard. — 5e (2e partie), Charité (2e série) : MM. Cornil, Letulle, Charrin.

Mercredi 18 décembre, à 1 heure. — *Médecine opératoire, épreuve pratique* : MM. Terrier, Tuffier, Poirier. — 2e (2e partie) : MM. Ch. Richet, Retterer, Heim. — 3e Oral (1re partie) : MM. Pinard, Reclus, Broca. — 3e (2e partie) : MM. Joffroy, Widal, Gilles de la Tourette. — 4e : MM. Potain, Pouchet, Letulle.

Jeudi 19 décembre, à 1 heure. — *Médecine opératoire, épreuve pratique* : MM. Guyon, Albarran, Thiéry. — 2e (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Gley, Chassevant. — 3e Oral (1re partie, 1re série) : MM. Duplay, Bar, Nélaton. — 3e Oral (1re partie, 2e série) : MM. Guyon, Panas, Maygrier.

Vendredi 20 décembre, à 1 heure. — 2e (2e partie) : MM. Ch. Richet, Retterer, André. — 4e : MM. Pouchet, Landouzy, Netter. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité (1re série) : MM. Reclus, Ricard, Lejars. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité (2e série) : MM. Terrier, Tuffier, Thiéry. — 5e (2e partie), Charité : MM. Potain, Gaucher, Gilles de la

Tourette. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique Baudelocque: MM. Pinard, Marchand, Varnier.

Samedi 21 décembre, à 1 heure. — *Médecine opératoire, épreuve pratique* : MM. Duplay, Berger, Hartmann. — 2e (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Gley, Chassevant. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu : MM. Panas, Berger, Albarran. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu : MM. Joffroy, Chantemesse, Ménétrier. — 5e (2e partie), Charité (1re série) : MM. Debove, Marie, Gilbert. — 5e (2e partie), Charité (2e série) : MM. Raymond, Hutinel, Roger. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique d'Accouchements, rue d'Assas : MM. Bar, Maygrier, Bonnaire.

EXAMEN DE CHIRURGIEN-DENTISTE

Mardi 17 décembre, à 1 heure. — 2e : MM. Panas, Chantemesse, Marfan.

Mercredi 18 décembre, à 1 heure. — 2e : MM. Landouzy, Sehileau, Wurtz.

Vendredi 20 décembre, à 1 heure. — 2e : MM. Tillaux, Letulle, Thoinot.

THÈSES DE DOCTORAT

Mercredi 16 décembre, à 1 heure. — *M. Issaly* : Contribution à l'étude de la syphilis à la campagne ; son traitement, ses modes d'introduction et de transmission (MM. Fournier, Tillaux, Lejars, Netter). — *M. Charalambieff* : Etude sur le traitement de la cystite blennorrhagique aiguë de l'homme (MM. Tillaux, Fournier, Lejars, Netter). — *M. Sarrot* : Cure radicale de l'hydrocèle ; indications opératoires et résultats éloignés (MM. Tillaux, Fournier, Lejars, Netter).

Jeudi 19 décembre, à 1 heure. — *M. Coronudo* : Contribution à l'étude du délire pneumonique (MM. Laboulbène, Hutinel, Charrin, Achard). — *M. Baudry* : Contribution à l'étude clinique des paralysies dans la fièvre typhoïde (MM. Laboulbène, Hutinel, Charrin, Achard). — *M. Lucas* : De l'empoisonnement par l'hydrogène arsénié (MM. Pouchet, Joffroy, Hartman, Thoinot). — *M. Fournier* : De la valeur séméiologique du tremblement de la langue dans la paralysie générale (MM. Joffroy, Pouchet, Hartman, Thoinot). — *M. Leseur* : Contribution à l'étude de l'affection dite des foins (MM. Debove, Chantemesse, Marfan, Wurtz). — *M. Rauline* : De l'influence des bains froids sur le cycle de la pneumonie franche chez les enfants (MM. Debove, Chantemesse, Marfan, Wurtz). — *M. Hubrecht* : L'antipyrine dans la chorée de Sydenham (MM. Debove, Chantemesse, Marfan, Wurtz). — *M. Péron* : Recherches anatomiques et expérimentales sur la tuberculose de la plèvre (MM. Bouchard, Cornil, Letulle, Ménétrier). — *M. Marie* : Recherches sur la question du cancer (MM. Cornil, Bouchard, Letulle, Ménétrier). — *M. Brody de Lamotte* : De l'alcoolisme dans le délire chronique à évolution systématique ; le délire des persécutions chez les alcooliques (MM. Raymond, Marie, Gilbert, Roger). — *M. Bourdais* : De la sensibilité subjective et objective dans la paraplégie spinale syphilitique (MM. Raymond, Marie, Gilbert, Roger). — *M. Herman* : Sur une forme d'hématémèse nerveuse considérée comme caractéristique de l'hystérie (MM. Raymond, Marie, Gilbert, Roger). — *M. Bosredon* : De la valeur thérapeutique des injections sous-cutanées de phosphate de soude (MM. Raymond, Marie, Gilbert, Roger).

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

HOPITAUX DE PARIS

Hôpital des Enfants-Malades.

Dans sa séance de lundi dernier, le Conseil municipal de Paris a voté la construction d'un pavillon d'isolement pour la diphtérie à l'hôpital des Enfants-Malades.

D'après le programme, trois pavillons d'isolement pour les enfants atteints de maladies contagieuses doivent être construits : un destiné à la diphtérie, c'est celui dont il est question ci-dessus ; le second, affecté à la rougeole, et le troisième, aux convalescents de cette maladie. Ces deux derniers pavillons ne seront construits que plus tard, lorsque les crédits s'y rapportant auront été votés par le Conseil.

Concours de médecine.

MM. Triboulet, 18 ; Jeanselme, 19 ; Claisse, 19 ; Klippel, 20 ; Macaigne, 17 ; Hudelo, 19 ; Auscher, 16 ; Pierre Teissier, 17 ; Létienne, 18 ; Avirагnet, 16 ; Hallion, 17 1/2.

Concours de l'internat.

Pathologie. — MM. Hennecart, 14 ; Zadok, 13 ; Noël Mauger, 12 ; Hivet, 11 ; Pochon, 10 ; Rohillard, 8 ; Nicolaïdi, 10 ; Thoyer, 10 ; Poirson, 10 ; Georges Levis, 11 ; Tournemelle, 12 ; Fossard, 12 ; Le Meignen, 10 ; Jean Roger, 15 ; Rosenthal, 12 ; Legay, 11 ; Hauviller, 12 ; Arnal, 11 ; Celos, 11 ; Clerc, 11 ; Michaux, 12 ; Caboche, 9 ; Blandeau, 11 ; Brinon, 11 ; André, 7 ; Leroy des Barres, 9 ; Grisel, 12 ; Jacomet, 8 ; Gabriel Sicard, 9 ; Wahl, 5 ; Roques, 12 ; Ferron, 14 ; Castan, 9 ; d'Herhécourt, 11 ; Dartigues, 12 ; Minet, 12 ; Keim, 13 ; Bigart, 11 ; Paquet, 11 ; Luys, 12 ; Benj. Weil, 9 ; Martinet, 15 ; Jalaguier, 10 ; Tissier, 12 ; Chauveau, 13 ; Rastouil, 11 ; Chastanet, 12 ; Louis Leroy, 6 ; Mettetal, 12 ; Moret, 12 ; Turner, 12 ; Bonnel, 10 ; Audistère, 14 ; Adrien Mauger, 12 ; Audion, 13 ; Maréchal, 9.

Concours de l'externat.

Anatomie. — MM. Diel, 16 ; Cotar, 16 ; Brissart, 11 ; Chapon, 9 ; Cosmettatas, 7 ; Crofet, 13 ; Dionis du Séjour 13 1/2 ; Henri Duhois, 14 ; Cazin, 11 ; Paul Darbois, 14 ; Croisier, 16 ; Cornil, 12 ; Detot, 13 ; Demay, 2 ; Degrais, 10 ; Chapiro, 4 ; Couzin, 12 ;

oumon.

OEdème pulmonaire.

3° **Muqueux.**

Grisâtres, perlés, opalescents, aérés, très consistants.

Bronchite aigue.

Lade, 7 ; Zannellis, 13 ; Tridon, 19 ; Trastour, 11 ; Joseph Surrel, 11 ; Tillaye, 4 ; Steinberg, 9.

Pathologie. — MM. Bournisien de Valmont, 12 ; Béneteau, 11 ; Blavot, 7 ; Bahonneix, 15 ; Bachimont, 11 ; Balthazard, 14 1/2 ; Bigot, 16 ; Barhier, 13 ; Autefage, 10 ; Bergouignan, 15 ; Berthier, 12 ; Berton, 13 1/2 ; Barlerin, 7 ; Bidault, 10 ; Bonfils, 16 ; Artaud, 12 ; Boël, 11 ; Carpanetti, 9 ; Bouglon, 11 ; Alguier, 15 ; Amar, 5 ; Alglave, 14 1/2 ; Boudaut, 9 1/2 ; Benassou, 8 ; Brisard, 11 ; Boureille, 7 ; Bousquet, 10 ; Bodin, 15 ; Albert Boullet, 18 ; Mlle Bouillet, 6 ; MM. Bobo, 13 ; Brocard, 12 ; Brüder, 10 ; Marcel Bertrand, 14 1/2 ; Blondin, 14 ; Adeline, 11 ; Maurice Bloch, 11 ; Begué, 10 ; René-Henri Boutron, 5 ; Assicot, 17 ; Audehal, 15 1/2 ; Achille Audy, 14 1/2 ; Barrieu, 13 1/2 ; Brissart, 11 1/2 ; Apostolidès, 7 ; Andrieu, 12 ; Amhard, 13 ; Ahrant, 10 ; Alexandre, 17 ; Bony, 14 1/2 ; Capmarty, 10 ; Calvé, 18 1/2 ; Beaujard, 12 ; Blum, 12 ; Cache, 15 ; Cailleux, 8 ; Cailloué, 11 ; Fromageot, 14 1/2 ; Frison, 5 ; Fotiadès, 9 1/2 ; Fontanié, 10 1/2 ; René Follet, 15 1/2 ; Gauckler, 17 1/2 ; Générvier, 12 ; Fossier, 13 ; Georges Follet, 13 ; François, 10 ; Foisy, 13 1/2 ; Fleury, 9 ; Gatian de Cléramhault, 10 ; Grenet, 15 ; Gascheau, 8 1/2 ; Guillemet, 12 ; Etienne Guihal, 19 1/2 ; Giffard, 12 ; Gilbert, 7 ; Girard, 18 1/2.

Questions : *Examen clinique des urines. Le panari. Le mal de Pott.*

PRIX DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Prix de 1895.

Prix de l'Académie. — 1,000 fr. (Annuel.)

Question : *Phénomènes circulatoires, thermiques et chimiques de la contraction des muscles striés.*

Trois mémoires ont été adressés pour ce concours.

L'Académie décerne le prix à M. J. Tissot, étudiant en médecine, à Paris.

Prix Alvarenga de Piauhy (Brésil). — 800 fr. (Annuel.)

Ce prix sera distribué à l'auteur du meilleur mémoire ou œuvre inédite (dont le sujet restera au choix de l'auteur), sur n'importe quelle branche de la médecine.

Huit mémoires ont été présentés.

L'Académie décerne :

1° Un prix de 600 fr. à M. le docteur E. Gourfein (de Genève) ;

2° 200 fr., à titre d'encouragement, à M. les docteurs Sapelier et Villecourt (de Paris), pour leur mémoire fait en collaboration.

Prix Barbier. — 2,000 fr. (Annuel.)

Ce prix sera décerné à celui qui aura découvert les moyens complets de guérison pour les maladies reconnues incurables,

comme la rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra-morbus, etc.

Des encouragements pourront être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué dans le programme, s'en seront le plus rapprochés.

Dix ouvrages ont été adressés pour ce prix.

L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde, à titre d'encouragement :

1° 500 fr. à M. le docteur E. Legrain (de Bougie), pour son travail sur le *Traitement du typhus exanthématique par une nouvelle méthode : essai de sérothérapie* ;

2° 400 fr. à MM. les docteurs Sapelier et Villecourt (de Paris), ponr leur travail fait en collaboration ;

3° 300 fr. à M. le docteur Goldschmidt (de Paris), pour son étude sur *La Lèpre* ;

4° 300 fr. à M. le docteur M. Hnblé (médecin militaire), ponr son travail intitulé : *Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie* ;

5° 250 fr. à M. le docteur Gailliard (de Paris), ponr ses travaux sur *l'érysipèle* ;

6° 250 fr. à M. le docteur Lanaroff (de Noukha, Caucase), pour
9 résultats positifs : 8 fois les poulcs ont présenté nes lésion viscérales de tuberculose, une fois dcs lésions sous-cutanées.

Aucune des nombreuses expériences destinées à rendre moin résistantes les poules sur lesquelles ils opéraient ne leur a perm d'inoculer à coup sûr la tuberculose des mammifères au [illegible]

Il n'y a pas lieu de décerner le prix, mais il est accordé à titre d'encouragement :

1° 600 fr. à M. le docteur L. Germe (d'Arras), pour ses *Recherches sur les lois de la circulation pulmonaire* ;

2° 300 fr. à M. le docteur A. Marian (médccin militaire), pour ses *Recherches anatomiques sur la veine porte* ;

3° 300 fr. à M. le docteur H. Martin (de Paris), pour ses *Recherches anatomiques et embryologiques sur les artères coronaires du cœur chez les vertébrés.*

Prix Henri Buignet. — 1,500 fr. (Annuel.)

Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail manuscrit ou imprimé sur les applications de la physique ou de la chimie aux sciences médicales.

Il ne sera pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés ; seront seuls exclus les ouvrages faits par des étrangers et les traductions.

Le prix ne sera pas partagé ; si, une année, aucun ouvrage ou mémoire n'était jugé digne du prix, la somme de 1,500 fr. serait reportée sur l'année suivante et, dans ce cas, la somme de 3,000 fr. sera partagée en deux prix de 1,500 fr. chacun.

L'Académie a reçu neuf ouvrages pour ce concours.

Le prix est décerné à M. le docteur Chabrié (de Paris), pour son étude sur les *Transformations chimiques de la substance fondamentale du cartilage pendant l'ossification.*

Prix Adrien Buisson. — 10,500 fr. (Triennal.)

Ce prix sera décerné à l'auteur des meilleures découvertes ayant pour résultat de guérir des maladies reconnues jusque-là incurables dans l'état actuel de la science.

Sept candidats se sont présentés.

Un prix de 6,000 fr. est décerné à M. le docteur Jarre (de Paris), pour son travail intitulé : *De la guérison du tic douloureux de la face par une nouvelle méthode chirurgicale* ;

L'Académie accorde, en outre :

1° 2,000 fr. à M. le docteur Chervin (de Paris), pour son étude sur le *Bégaiement et autres défaut de prononciation* ; 2° 1,000 fr. à MM. les docteurs Wurtz et Marcano (de Paris), pour leur mémoire fait en collaboration sur *Les modes de guérison de la lèpre ; prophylaxie et traitement* ; 3° 500 fr. à M. le docteur Galliard (de Paris), pour ses travaux sur *Le pneumothorax* ; 4° 500 fr. à M. le docteur Cristiani (de Genève), pour ses *Recherches sur le corps thyroïde* ; 5° 500 fr. à M. le docteur Catrin (médecin militaire), pour son étude sur *Le paludisme chronique.*

Prix Capuron. — 1,200 fr. (Annuel.)

Question : *Recherches expérimentales sur un sujet d'obstétrique laissé au choix de chacun des concurrents.*

Un seul candidat a concouru.

Il n'y a pas lieu de décerner le prix ; le même sujet est remis au concours pour 1898.

Prix Chevillon. — 1,500 fr. (Annuel.)

Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur le traitement des affections cancéreuses.

Trois ouvrages ont été adressés pour ce concours.

L'Académie décerne le prix à M. le docteur Répin (de Paris), pour son travail intitulé : *Contribution à l'étude d'une nouvelle méthode de traitement des tumeurs malignes inopérables : la toxithérapie.*

Prix Civrieux. — 800 fr. (Annuel.)

Question : *Des obsessions en pathologie mentale.*

L'Académie n'a reçu qu'un mémoire sur ce sujet.

Il n'y a pas lieu de décerner le prix ; la même question est remise au concours pour 1898.

Prix Daudet. — 1,000 fr. (Annuel.)

Question : *Du myxœdème.*

Deux mémoires ont été soumis au jugement de l'Académie.

Le prix est partagé entre : 1° M. le docteur A. Combe (de Lausanne) ; 2° M. et Mme Cristiani, docteurs en médecine (de Genève).

Prix Desportes. — 1,300 fr. (Annuel.)

Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail de thérapeutique médicale pratique.

Onze ouvrages ont été présentés pour ce concours.

L'Académie partage le prix entre :

1° M. le docteur Thibierge (de Paris), pour son livre intitulé : *Thérapeutique des maladies de la peau* ;

2° M. le professeur Delorme (médecin militaire), pour son étude : *De la disparition des troubles névritiques traumatiques ou inflammatoires, périphériques, par la compression localisée et forcée.*

Des mentions sont, en outre, accordées à :

1° M. le docteur G. Lyon (de Paris), pour son *Traité élémentaire de clinique thérapeutique* ;

2° M. le docteur E. Thiercelin (de Paris), pour son mémoire sur *L'infection gastro-intestinale chez le nourrisson.*

Concours Vulfranc Gerdy

Le legs Vulfranc Gerdy est destiné à entretenir près des principales stations minérales de la France ou de l'étranger des élèves en médecine, nommés à la suite d'un concours ouvert devant l'Académie de médecine.

L'Académie a versé, en 1895, les sommes suivantes à MM. les stagiaires :

1° 3,250 fr. à M. Ranglaret ; 2° 3,250 fr. à M. Leblanc ; 3° 1,000 francs à M. Arthus ; 4° 500 fr. à M. Bernard.

Prix Ernest Godard. — 1,000 fr. (Annuel.)

Au meilleur travail sur la pathologie externe.

Neuf concurrents se sont présentés.

L'Académie décerne le prix à MM. les docteurs Bertrand et Fontan (médecins de la marine), pour leur *Traité médico-chirurgical de l'hépatite suppurée des pays chauds.*

Des mentions honorables sont, en outre, accordées à :

1° M. le docteur Melchior (de Copenhague), pour son mémoire intitulé : *Cystite et infection urinaires* ;

2° M. le docteur Jayle (de Paris), pour son *Etude de la septicémie péritonéale post-opératoire aiguë.*

Prix Huguier. — 3,000 fr. (Triennal.)

Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé en France, *sur les maladies des femmes et, plus spécialement, sur le traitement chirurgical de ces affections* (non compris les accouchements).

Il n'est pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés ; seront seuls exclus les ouvrages faits par des étrangers et les traductions.

Ce prix ne sera pas partagé.

Trois ouvrages ont été présentés pour ce concours.
Le prix est décerné à MM. les docteurs S. Bonnet et P. Petit (de Paris), pour leur *Traité pratique de gynécologie*.

PRIX DE L'HYGIÈNE DE L'ENFANCE. — 1,000 fr.

Question : *Hygiène de la peau pendant la première enfance.*
Onze mémoires ont été soumis au jugement de l'Académie.
Le prix est décerné à M. le docteur R. Millon (de Paris).
L'Académie accorde, en outre, une mention honorable à M. le docteur D. Paterne (de Blois).

PRIX LABORIE. — 5,000 fr. (Annuel.)

Ce prix sera décerné à l'auteur du travail qui aura fait avancer notablement la science de la chirurgie.
Neuf ouvrages ont concouru.
L'Académie décerne un prix de 2,500 fr. à MM. les docteurs Gouguenheim et Glover (de Paris), pour leur *Atlas de laryngologie et de rhinologie*.
Elle accorde en outre :
1° 1,500 fr. à M. le docteur Chipault (de Paris), pour son livre *Chirurgie opératoire du système nerveux ;*
2° 500 fr. à M. le professeur A. Reverdin (de Genève), pour son mémoire portant pour titre : *Antisepsie et asepsie chirurgicales ;*
3° 500 fr. à M. le docteur Delbet (de Paris), pour son travail intitulé : *Anatomie chirurgicale de la vessie*.

PRIX LAENNEC. — 1,000 fr,

Question : *De la bronchite capillaire (d'emblée ou consécutive à la bronchite simple) chez les enfants du premier âge.*
Deux mémoires ont été présentés.
L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde une somme de 500 fr. à M. le docteur Jacquemart (de Paris).

PRIX LAVAL. — 1,000 (Annuel.)

Ce prix devra être décerné chaque année à l'élève en médecine qui se sera montré le plus méritant.
Le choix de cet élève appartient à l'Académie de médecine.
Le prix est décerné à M. Gauchery, étudiant à la Faculté de médecine de Paris.

PRIX LOUIS. — 4,000 fr. (Triennal.)

Question : *Etude comparée des iodures au point de vue thérapeutique.*
Trois mémoires sur cette question ont été soumis à l'Académie.
Un prix de 3,000 fr. est décerné à M. le docteur Briquet (d'Armentières).
Une somme de 1,000 fr. est, en outre, accordée à MM. les docteurs F. Henrijean et G. Corin (de Liège).

(La suite au prochain numéro.)

AVIS. — MM. les actionnaires de la **Gazette Médicale** *sont priés de se rendre le samedi 28 décembre, à 5 heures 1/2, chez M. le Dr de Ranse, 6, rue de Monceau, pour l'assemblée générale.*

NOTES POUR L'INTERNAT

SÉMÉIOLOGIE DES CRACHATS

Définition.

Matériaux provenant des voies respiratoires qui sont rejetés à l'extérieur par expectoration.

Historique.

Andral, Laënnec, Bayle, Louis mettent en relief la valeur séméiologique.

1° EXAMEN CLINIQUE.

Brett (1857) y décèle le pus.

Caventon, Rash, Daremberg : les déperditions organiques.

2° EXAMEN MICROSCOPIQUE.

Fibres élastiques : tuberculose.
Concrétions fibrineuses (pneumonie lobaire).
Anthracose (Traube).
Sidérose (Zencker).
Bronchite fétide (Laycock).
Mycose pulmonaire (Fürbringer).
Actinomycose (Netter).

Diagnostic.

A. Au lit du malade. — Aspect macroscopique du produit expulsé.

1° Séreux.

Liquide légèrement filant, un peu trouble, ordinairement abondant.
Certaines formes de *catarrhe bronchique.*
A l'auscultation : Râles ronflants, sibilants et muqueux, disséminés dans les deux côtés de la poitrine.
Liquide jaunâtre, fibrant, mousseux.

2° Albumineux.

Coagulation par acide acétique ou chaleur, parfois à la suite de la *thoracentèse*, par suite d'une décompression brusque du poumon.
Œdème pulmonaire.

3° Muqueux.

Grisâtres, perlés, opalescents, aérés, très consistants.

BRONCHITE AIGUE.
Râles ronflants et sibilants (période de *crudité* des anciens).

ASTHME NERVEUX.
Expectoration franchement catarrhale ou crachats soit vermiformes, soit arrondis crépitant sous le doigt (crachats perlés de Laënnec).
Percussion de sonorité thoracique.
Auscultation : Expiration 4 ou 5 fois plus prolongée que l'inspiration.
Variété de bronchite chronique qui se produit surtout chez les asthmatiques et arthritiques et conduit à l'*emphysème pulmonaire.*

4° Muco-purulent et purulent.

a. BRONCHITE AIGUE (période de coction).
Couleur jaunâtre, opaque.
Souvent les crachats se divisent en 2 couches : l'une, *purulente*, tombe au fond du vase ; l'autre, *séreuse*, qui tient en suspension quelques flocons aérés, est à la surface.
Parfois ce sont des masses arrondies à contours ronds ou déchiquetés (*crachats nummulaires*).
A l'auscultation : Râles souscrépitants disséminés.

b. BRONCHITE CHRONIQUE.
Crachats épais, jaune verdâtre (*catarrhe muqueux de Laënnec*).
Parfois crachats nummulaires.
A l'auscultation : Râles sibilants, ronflants et muqueux disséminés.

c. TUBERCULOSE PULMONAIRE.
Deuxième période : Crachats *nummulaires* surnagent dans un liquide clair.
A l'auscultation : Craquements humides.
Troisième période : L'expectoration est complètement puriforme.
A l'auscultation : Gargouillement, souffles caverneux.

d. GANGRÈNE PULMONAIRE.
Pus séreux et fétide d'une couleur gris verdâtre ou brunâtre. Dans le vase, il se dispose en 3 couches :
Une *supérieure*, recouverte d'écume, de couleur verdâtre, est couverte de muco-pus.
Une *moyenne*, transparente et fluide, contient de l'albumine et des flocons muqueux.
Une *inférieure*, sédiment verdâtre ou brunâtre dans lequel on trouve des amas noirâtres et fétides constitués par des débris de tissu pulmonaire.

A l'auscultation. — Râles de bronchite disséminés.
Souffle de broncho-pneumonie.

Dilatation bronchique.

Expectoration abondante (150 à 400 grammes) d'un liquide diffluent, muco-purulent, d'odeur fade et parfois fétide.

Percussion. — Matité à la partie moyenne et postérieure de la région thoracique.

Auscultation. — Signes cavitaires.

Broncho-pneumonie.

Expectoration muco-purulente parfois sanguinolente, visqueuse (Vieillard).

Percussion. — Submatité en plusieurs points des poumons.

Auscultation. — Dans les mêmes territoires :

Souffle rude et bronchique ;
Râles sibilants et muqueux disséminés.

Vomiques.

D'origine pulmonaire :

Pus en petite quantité, phlegmoneux, brunâtre.

D'origine pleurale partielle :

La quantité de pus expectoré ne dépasse pas quelques centaines de grammes.

Signes cavitaires parfois après l'évacuation du pus.

D'origine pleurale générale :

Expectoration de liquide purulent à flots. Tableau dramatique.

D'origine extra-thoracique :

Abcès par congestion, foie ou reins.

5° Fibrineux.

Pneumonie lobaire. — Expectoration.

a) Période de début.

Crachats ambrés ou rouillés, aérés, visqueux, adhérents au vase.

Percussion : Submatité.

Auscultation : Râles crépitants localisés.

b) 2e période (hépatisation rouge).

Tendance des crachats à devenir opaques, riches en graisse, si la maladie évolue vers la guérison.

Percussion : Matité.

Auscultation : Souffle tubaire, bientôt suivi des râles crépitants disjoints.

3e période (hépatisation grise).

Evolution fatale.

Expectoration : Jus de pruneau.

Etat adynamique. Souffle tubaire persiste.

6° Hémorrhagique.

1° D'origine bronchique ou alvéolaire.

Tuberculose pulmonaire surtout (période prodromique ou 1re période).

Eveille l'attention vers la recherche du bacille de Koch.

A la 3e période.

Ordinairement rouge vermeil, rutilant, résulte le plus souvent de la rupture d'artérioles dans les cavernes (anévrysmes de Rasmussen). (Hémoptysies parfois foudroyantes.)

Expectoration subite d'un sang vermeil, aéré, spumeux.

2° D'origine cardiaque (rétrécissement mitral surtout).

Résulte d'un excès de tension vasculaire dans la petite circulation.

Expectoration : Noirâtre, visqueuse et plus ou moins mêlée à des mucosités bronchiques.

3° D'origine cérébrale (congestion *passive du poumon*).

Crachats sanguinolents, hémoptisiques, noirâtres, coexistant avec les signes d'une *apoplexie cérébrale.*

B. Au laboratoire.

Examen *chimique, histologique et bactériologique.*

1° Examen chimique.

On pèse les crachats, puis on les délaie dans de l'eau distillée. Ils se divisent en deux couches :

a) Au fond.

Mucus, cellules épithéliales, concrétions calcaires, parcelles de tissus seront recueillis par décantation et examinés au microscope.

b) A la surface.

Le liquide qui surnage est analysé.

Pus (réactif de Thomson).

Se prend sous l'influence de l'ammoniaque en une masse gélatineuse transparente, ce qui n'a pas lieu quand on agit sur les mucosités seules.

Albumine.

Recherche : de précipité par l'acide azotique.

Dosage : dans les crachats purulents.

Agiter le liquide avec de l'éther qui dissout *cholestérine* et *graisses.*

Décanter, traiter par l'acide acétique, qui précipite la *mucine.*

Filtrer, chauffer au bain-marie et doser.

Elément de pronostic dans l'*œdème pulmonaire.*

2° Examen microscopique.

a) Histologique.

Fibres élastiques : indice de destruction du parenchyme pulmonaire (tuberculose pulmonaire par exemple). Mathias Duval.

Addition aux crachats d'une lessive de soude à 1 0/0 détruit tous les éléments sauf les fibres élastiques coloriées par la fuchsine.

Graisse (acide osmique).

Leucocytes.

Epithélium cylindrique à cils vibratiles (bronches).

Endothélium des alvéoles pulmonaires.

Cellules rondes, grandes à protoplasma granuleux, indice de l'extension du processus ~~digestif~~ à l'épithélium alvéolaire.

Exemples : pneumonie caséeuse, début de la phtisie pulmonaire.

b) Bactériologique.

Bacille de Koch.

Coloration d'une parcelle purulente du crachat étalée et fixée sur lamelle pendant 20 minutes (*liqueur de Ziehl*).

Décoloration par l'acide azotique en solution alcoolique à 1/10 quelques secondes.

Compléter l'extraction par l'alcool jusqu'à ce que la préparation n'ait plus *qu'une teinte légèrement rosée.*

Examen :

Bâtonnets colorés en rouge, très grêles, uniformément colorés ou granuleux.

Inoculation au cobaye détermine tuberculose aiguë et généralisée au bout de 28 jours.

Pneumocoque.

Examen direct. — Coloration par toutes les couleurs d'aniline, ordinairement diplocoque *lancéolé* ou microcoque en charmille de 3 ou 4 éléments entourés d'une capsule mise en évidence par acide acétique à 1/5. Reste coloré par la méthode de Grudi

Culture sur gélose.

Fines colonies rondes, transparentes, semblables à des *gouttes de rosée.*

Inoculation à la souris : Mort en 24 heures.

Streptocoque pyogène.

Coloration par les couleurs d'aniline.

Reste coloré par le Gram.

Coccus en longues chainettes.

Culture sur gélose : apparence de grains de semoule.

Inoculation : au lapin sous la peau de l'oreille (Roger) : érysipèle au point d'inoculation.

M.

Le Directeur-Gérant : F. de Ranse.

Paris. — Imprimerie des Arts et Manufactures et DUBUISSON.
12, rue Paul-Lelong. — Barnagaud, imp.

66e Année. 9e Série. Tome II. N° 51 21 Décembre 1895

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : Dr F. de RANSE — *Rédacteur en chef :* Dr Pierre SEBILEAU

Secrétaire de la Rédaction : M. Em. ÉMERY

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 28, rue Vignon

TRAVAUX ORIGINAUX

De la syphilis infantile (1).

Par le Dr Boulengier.

(*Suite*).

IV. — Influence du père.

La syphilis héréditaire paternelle directe n'était pas admise il y a quelque trente ans. Tous les praticiens étaient d'accord pour admettre qu'il fallait entre le père et l'enfant l'intermédiaire nécessaire de la mère ; le père infectait d'abord la mère, qui, elle, transmettait ensuite la maladie à son enfant.

Depuis quelques années, certains auteurs admettent que l'enfant peut tenir la syphilis directement du père. Cette opinion s'est surtout fait jour au sujet de l'interprétation à donner à certains cas de syphilis infantile, assez difficilement explicables en dehors de cette hypothèse.

Il s'agissait notamment de syphilis des nouveau-nés avec santé apparente de la mère ou de syphilis héréditaire plus ou moins tardive dans lesquelles seul le père avouait avoir été atteint de la maladie, avait été traité comme tel et renseignait dans ses antécédents morbides ou son état actuel des manifestations suspectes.

Nous ne nous arrêterons pas longuement au second groupe, la syphilis héréditaire tardive, qu'on ne peut rattacher qu'à la syphilis paternelle, seule avouée ou dépistée ; les exemples rapportés prêtent tous le flanc à la critique, même au point de vue du diagnostic, et d'autre part, étant déjà assez anciens, il n'était pas tenu assez compte, dans leur pathogénie, de la possibilité de la syphilis infantile acquise, dont la fréquence est loin d'être aussi rare qu'on le soupçonnait et dont les manifestations précoces sont quelquefois confondues avec celles d'une fièvre éruptive ou traitées, d'ailleurs assez avantageusement, comme scrofuleuses.

C'est surtout sur le premier groupe de faits que les partisans de l'influence paternelle directe étayent celle-ci. Voici dans quelles circonstances on croit cette hérédité paternelle absolument démontrée. Un enfant naît syphilitique : la mère ne présente aucun signe de syphilis ou ne devient malade que plusieurs mois après la naissance ; le père est syphilitique.

Dans ces conditions, dit-on, il est évident que l'enfant tient directement la maladie de son père et que si plus tard la mère présente elle-même des accidents spécifiques, c'est que le fœtus les lui a transmis pendant la vie intra-utérine.

On comprend mieux le mécanisme de l'hérédité paternelle et de ses effets indirects sur la mère, quand on a présents à la mémoire la *loi de Colles-Baumès* et la théorie de la *syphilis conceptionnelle*.

Nous allons résumer celles-ci aussi clairement que possible d'après les leçons magistrales du professeur Fournier.

Les cas cliniques ne sont pas très rares, dit-il, où une mère tenant dans ses bras un enfant qu'elle allaite, couvert de syphilides, criblé de plaques muqueuses, tandis qu'elle-même, en apparence du moins, absolument saine, brave impunément la contagion, dont les moyens s'offrent à chaque instant et à laquelle un miracle semble la soustraire.

C'est ce fait que Colles avait relaté dès 1837, en disant : « qu'un enfant né d'une mère exempte de symptômes vénériens, mais atteint lui-même de syphilides, infectera la nourrice la plus saine pendant qu'elle l'allaite, ou simplement qu'elle le soigne ou l'habille, mais jamais il n'infectera sa propre mère, lorsqu'il la tête, même ayant, lui, à ce moment, des ulcères vénériens des lèvres et de la langue ».

Baumès a précisé cette constatation en écrivant : « qu'une mère ayant porté dans son sein un enfant syphilitique qui doit l'infection au sperme de son père ne contracte pas généralement, en nourrissant son propre enfant, la maladie syphilitique comme pourrait la contracter une nourrice étrangère ».

Ici l'hérédité paternelle directe est positivement admise

(1) Extrait de la *Presse Médicale Belge*, nov. 1895.

et Fournier résume encore plus simplement et plus clairement les faits en formulant la loi comme suit :

Un enfant procréé syphilitique par un père syphilitique ne contagionne jamais sa mère.

Pourquoi la mère est-elle ainsi à l'abri de la contagion ?

Parce qu'elle est atteinte de syphilis conceptionnelle et. dans des cas semblables, quelques expérimentateurs, Caspary entre autres, ont même été jusqu'à donner la preuve de la syphilis de la mère en lui inoculant le produit de sécrétion des chancres ou de plaques muqueuses syphilitiques d'un autre individu et cela sans aucun résultat.

Et, en réalité, dit Fournier, cette mère ne résiste à la syphilis de son enfant que parce qu'elle est elle-même syphilitique, car il n'est vraiment qu'une seule façon de résister à la syphilis : c'est de l'avoir.

Mais tout cela, me direz-vous, démontre donc que dans l'hypothèse d'un fœtus syphilitique de par son père, la mère est aussi syphilitique, et qu'est-ce qui prouve alors que ce soit l'enfant et non ~~le fœtus~~ la mère qui ait été le premier contagionné ?

Les partisans de la syphilis par conception chez la mère prétendent qu'il faut bien admettre celle-ci, par exemple quand la syphilis de la mère ne survient que quelque temps après la naissance de son enfant né manifestement syphilitique, quand il est impossible de trouver chez elle la porte d'entrée de la maladie (chancre, ganglion témoin), d'autant plus que le mari, ancien syphilitique, ne présente plus depuis longtemps d'accidents virulents contagieux.

Cette syphilis conceptionnelle présente trois variétés principales, d'après Fournier :

a) Ou bien la personne va recevoir la syphilis qui se traduit immédiatement. C'est la *syphilis conceptionnelle précoce* ;

b) Ou bien cette syphilis va rester muette et ne se manifester qu'après un temps plus ou moins long. C'est la *syphilis conceptionnelle tardive ;*

c) Enfin. la femme peut rester indemne et par conséquent capable de prendre la syphilis.

Tels sont les arguments que l'on invoque pour faire admettre l'hérédité paternelle directe de la syphilis chez les fœtus avec plus ou moins de choc en retour ou d'infection consécutive ou secondaire de la mère.

Résumons maintenant les arguments de ceux, plus rares. qui n'admettent pas la syphilis héréditaire primitivement paternelle.

I. — Tous les médecins connaissent nombre de syphilitiques, qui, s'étant mariés plus ou moins bien guéris, mais n'ayant pas présenté des lésions externes contagieuses, ont engendré des enfants parfaitement sains à la naissance et qui le sont encore de longues années plus tard. Parmi ces enfants, il en est qui ont fourni la preuve de leur intégrité en contractant plus tard une syphilis de leur père, d'une nourrice ou de toute autre personne contaminée.

II. — Des hommes en pleine éruption syphilitique ont engendré des enfants sains, quand ils n'avaient pas contaminé leur femme. Un mari, par exemple, a un enfant syphilitique de son épouse, parce qu'il a infecté celle-ci, et d'autre part un enfant sain d'une maîtresse qui a échappé à la contagion.

III. — L'argument le plus démonstratif est celui-ci ;

L'inoculation du sperme des syphilitiques, même en pleine évolution contagieuse, n'a jamais donné de résultats positifs. (Mireur, Hunter, Langlebert, Nisbett, Fritze, Rollet, Bertin, Swediaur, Barbantini, Pellizari, Profeta, Geigel et Padowa, Jullien. etc.)

Nous estimons que ce dernier argument a une valeur réelle et sur laquelle on n'insiste pas suffisamment.

Car pour ceux qui admettent la syphilis héréditaire paternelle directe avec la syphilis conceptionnelle latente par exemple, il faut trouver possible et scientifiquement explicable l'ensemble des conditions biologiques suivantes :

Un sperme non directement contagieux, non inoculable, serait capable, sans rien produire de visible chez la mère, dont il baigne la muqueuse vagino-utérine, d'engendrer un enfant syphilitique présentant des lésions spécifiques à nouveau contagieuses et éminemment virulentes !

Il y a là au moins une apparence d'éléments paradoxaux, sinon contradictoires.

Mais, à la rigueur, grâce à l'ingénieuse théorie des microbes latents ou atténués, qui n'attendent qu'une occasion et un milieu favorables de culture et de développement, on pourrait en donner une interprétation, et pour ce qui est de la syphilis conceptionnelle latente, il suffirait de se contenter avec Fournier de cette autre hypothèse ainsi formulée : supposez que le contage syphilitique passe en abondance du fœtus à la mère à travers le filtre placentaire et vous aurez la forme de syphilis conceptionnelle qui se traduit dès la grossesse par des symptômes évidents ; supposez, au contraire, que le contage ne passe du fœtus à la mère que d'une façon discrète, celle-ci recevra du fœtus assez de virus pour avoir contracté la syphilis, mais assez peu cependant pour que la maladie reste latente, tout en lui conférant l'immunité.

Vous avouerez. Messieurs, que comme hypothèse, c'en est une.

V. — Expériences d'embryologie pathologique

Vous voyez donc à quelles conceptions bizarres, entortillées. spéculatives, on est obligé d'avoir recours pour donner un semblant d'explication à ces théories. Il y a plus : il y a des expériences d'embryologie pathologique récemment poursuivies qui jettent un jour nouveau sur la question de l'hérédité et spécialement sur le problème de l'hérédité des maladies infecto-contagieuses. Nous voulons parler des remarquables recherches de M. le professeur Francotte, de Bruxelles, dont je crois intéressant de donner un aperçu.

C'est au cours de ses études d'embryologie, qu'il poursuit régulièrement à la mer depuis plusieurs années, que M. Francotte a pu se rendre compte de ce que deviennent les microbes introduits dans un ovule. Il a fait notamment ces expériences sur les œufs de la Trémellaire. Pour observer les réactions que produisent les microbes sur les œufs, il a pratiqué avec une pointe d'acier très fine une ouverture de la coque de l'œuf, mesurant tout au plus 10 μ de diamètre. Il a suivi l'entrée des schizomycètes dans l'œuf, surtout quand ils affectent la forme de bâtonnets. Ceux qui ont servi à ses expériences étaient ceux-là mêmes

qui s'amassent dans les pontes ou bien que l'on rencontre se développant naturellement dans l'eau de mer.

Mieux que de longues descriptions (qui se trouvent d'ailleurs renseignées en détail dans le *Bulletin de l'Académie des sciences de Belgique* et la *Presse médicale belge*, n° 45, 11 novembre 1894). les pièces microscopiques que M. Francotte a bien voulu me confier vous feront comprendre la destinée de ces microbes dont l'ovule est le véhicule pathologique.

En résumé, ces intéressantes expériences nous prouvent d'une façon indiscutable que, lorsqu'un ovule est infecté par des microbes, deux éventualités peuvent se présenter : d'une part, l'ovule agit comme phagocyte. digère, détruit, annihile le microbe et continue son évolution normale; d'autre part, l'ovule est attaqué par le microbe. et dans la lutte qui s'engage entre eux, il arrivera ou bien que l'ovule entourera les microbes d'une partie de sa substance et les rejettera. ce qui amènera un trouble profond dans son évolution embryologique et bientôt l'arrêt de son développement, ou bien les microbes d'emblée ont le dessus, amènent la liquéfaction et la destruction du corps protoplasmique de l'ovule et sa mort ; dans l'une comme dans l'autre de ces éventualités. l'avortement ovulaire est précoce.

Conclusion. — Comme M. Francotte le formule lui-même, ces expériences démontrent qu'il paraît impossible qu'un œuf puisse conserver des microbes, même à l'état latent et qui pourraient ensuite se développer dans l'individu provenant de cet œuf. En d'autres termes, les maladies microbiennes ne peuvent se transmettre par l'ovule.

Les microbes en petit nombre et peu virulents seraient bien vite éliminés ou digérés ; quant aux microbes très virulents ou en grand nombre, ils produisent la mort de l'œuf par dégénérescence organique.

Ce qui vient d'être dit de l'ovule, s'applique au spermatozoïde, qui jouerait également le rôle de phagocyte ou serait la victime des microbes qui pourraient le pénétrer.

De toutes les données qui précèdent, il résulte que jamais l'on n'a pu démontrer l'infection microbienne des ovules et des spermatozoïdes avec conservation de leurs vertus embryogéniques, mais qu'au contraire des expériences sérieuses, vérifiées sur un grand nombre d'œufs et contrôlées plusieurs années successives, en ont démontré l'impossibilité.

Je vous ferai remarquer, Messieurs, que c'est à des conclusions identiques que l'on s'arrête aujourd'hui concernant une maladie infecto-contagieuse, qui, en pathologie générale, présente plus d'une ressemblance avec la syphilis, je veux parler de la tuberculose. On n'admet plus l'hérédité proprement dite de la tuberculose, mais l'hérédité de la prédisposition, qui est aussi mieux en concordance avec nos connaissances actuelles sur la sélection naturelle et l'hérédité de sélection organique, anatomique et fonctionnelle. Les enfants qui naissent réellement tuberculosés n'ont pas hérité cette maladie infectieuse de l'ovule ou du spermatozoïde. mais ils ont contracté la maladie par contagion du milieu ambiant, c'est-à-dire que l'infection a été placentaire. La maladie n'est pas héréditaire, elle est congénitale.

(*A suivre.*)

LETTRES BIBLIOGRAPHIQUES ET CRITIQUES

II

Le bassin du syndicat gallo-roumain.

Mon cher maître,

L'accueil que la *Gazette* réserve à ma prose indigne est si écossais et si cordial que je vais abuser à nouveau de votre bonne grâce et m'installer pour quelque temps dans vos colonnes.

S'il faut en croire plusieurs abonnés qui ont bien voulu m'écrire, le public n'aurait pas lu sans intérêt la critique, sévère mais juste, que j'ai inaugurée dans le dernier numéro. Ces aimables correspondants estiment que les notes, inscrites au jour le jour et au hasard de la lecture, sur les marges de mon exemplaire, pourraient, une fois groupées et mises en ordre, rendre service aux travailleurs et sauver les élèves d'un désastre immérité, au moment des examens ou des concours. Pour flatteur qu'il apparaisse de prime abord, ce témoignage de confiance ne laisse pas que de m'effrayer terriblement. Il importe à coup sûr de baliser la route, de relever avec soin les écueils et les bancs de sable qui foisonnent dans ces six fascicules et particulièrement dans le tome Ier. Mais suis-je le pilote indiqué pour cette rude besogne? Ma bonne volonté suffira-t-elle à la tâche; aurai-je la force et le courage de la mener jusqu'au bout ? N'était la marée d'articles qui monte, monte encore, comme un audacieux défi au sens commun, à la vérité et à la pudeur, je m'empresserais de décliner l'invitation. *Suave mari magno.....*

Ne craignez pas, mon cher ami, que je suive ces honnêtes gens dans les vagues régions où évoluent leurs extases; redoutez moins encore que je cherche à établir la véritable filiation de leurs factums. Quand le puffisme atteint à ce degré de délire, quand il devient, par surcroît, agressif et venimeux, il confine à l'aliénation et n'est plus justiciable que de Sainte-Anne. Nous laisserons donc ces messieurs clabauder à l'aise, se pâmer et rouler des yeux blancs à longueur de journée. Libre au syndicat qui les paie de humer leur encens frelaté. Libre à l'éminent caporal de la petite escouade d'enfourcher sa bicyclette triomphale et de grimper chaque matin au Capitole. Nous remercierons les Dieux avec lui. Pour sauver cette pauvre Anatomie, si cruellement navrée par une bande de malandrins aussi dénués de science que dépourvus de conscience, ce n'était pas trop de tout son talent, de tout son dévouement. A quelle porte frapper, sinon chez le tombeur de Billroth, chez le chirurgien sans pair qui, **malgré le nombre de ses opérations, n'a jamais perdu de malade**? (Voir l'*Eclaireur de Nice*, numéro du 29 mars 1894.)

Pour répondre aux vœux qui m'ont été adressés et remettre toutes choses au point, il suffira, j'en suis convaincu, de passer en revue les différents segments du corps et de dresser une liste méthodique, exacte et impartiale des *errata, omissa, contradicta, addenda, delenda, corrigenda* que les réformateurs ont, hélas ! omis d'annexer à leur œuvre. La litanie promet d'être longue, mais en une cinquantaine de colonnes, à la condition d'être concis, je ne désespère pas d'en voir la fin. Ce sera, n'en doutez pas, une jolie collection de bourdes. Tous les genres y seront représentés. Comme l'écrit avec tant d'élégance le J. C. (Juvenis Cunnus ?) qui chante les premiers dessus dans la chapelle syndicale : « *en plus de la qualité*, nous aurons le nombre, ce sera presque de la prodigalité. »

Si vous n'y trouvez pas d'inconvénient, je commencerai par

Le bassin.

Nous savons déjà avec quel sans-gêne cette région si importante est figurée dans la **Nouvelle Myologie**. Croyez qu'elle n'est pas mieux traitée dans le volume précédent. On peut glaner une assez grosse gerbe d'erreurs dans ce champ prédestiné.

Parlons d'abord du plan. Il va sans dire qu'il est d'une origi-

nalité sans pareille. De toute antiquité, on a pensé que l'étude du bassin implique la connaissance préalable des diverses pièces qui concourent à la formation de ce segment du squelette. Impossible de concevoir et de faire comprendre un *tout*, si l'on n'a, par avance, examiné, une à une, les *parties* qui constituent ce tout. Tel n'est pas l'avis des logiciens du syndicat. Le chapitre « **bassin en général** » prend place dans l'ostéologie à la suite de l'os iliaque et précède de 120 pages les articles consacrés au sacrum et au coccyx. Pourquoi cette dérogation aux habitudes ? Il faut avoir de sérieux motifs pour donner une telle entorse au bon sens. L'auteur n'a pas jugé à propos de les fournir. *Sit pro ratione voluntas.*

Passons maintenant aux détails.

Fig. 181. — *Os iliaque, face interne, insertions musculaires.* — Manquent les territoires d'insertion du **long dorsal**, du **transverse superficiel** et du **transverse profond du périnée**. Même lacune dans le texte (p. 195) où les attaches du **pyramidal** au bord de l'échancrure sciatique sont également oubliées.

Page 184. — Il s'agit toujours du coxal. « On pourrait, à la manière de certains anatomistes, décrire à part les parties de l'os formées aux dépens des trois pièces. Il est préférable de considérer l'os entier à l'état de développement complet. » Pourquoi la méthode, préférable page 184, perd-elle subitement ses vertus page 413 ? « Prenant pour base la division primitive de l'os, je décrirai au temporal adulte trois parties principales. » Comment justifier cette volte-face imprévue qui complique singulièrement la description des deux os ? Quelle nécessité de rompre avec une tradition établie par des générations d'anatomistes qui n'étaient pas tous des crétins ? La réponse est bien simple. Soyons *original* quand même. Tant pis si c'est aux dépens de la raison, de la clarté ! Tant pis pour la mémoire et l'intelligence des élèves ! Périssent les colonies..... mais faisons autrement que nos prédécesseurs !

Page 190. — Autre originalité. — « La face interne ou *pelvienne* de l'os coxal, **concave dans son ensemble**, est divisée en deux portions par une crête saillante. » Je n'insiste pas sur cette face interne, *pelvienne*, comme si la face externe n'appartenait pas, elle aussi, au pelvis. Mais que dire de sa *concavité* ? Deux surfaces comme la fosse iliaque interne et la surface quadrilatère de l'ischion, inclinées l'une sur l'autre et formant un angle dièdre *saillant* (135° environ chez la femme), peuvent difficilement passer pour *concaves* dans leur ensemble. O précision, que de crimes on abrite sous ton nom !

Page 193. — « L'échancrure sous-jacente à l'épine iliaque antéro-supérieure ne donne passage à aucun organe; elle est fermée par une cloison aponévrotique intermédiaire au *psoas* et au *tenseur du fascia lata*. » Et en note, page 196 : « Elle est parcourue par une crête médiane séparant un versant interne sur lequel s'insère le muscle **iliaque** et un versant externe, qui donne insertion au **petit fessier**. » Comme contradiction c'est déjà coquet, mais il y a mieux. Examinons la fig. 177. Insertions musculaires : Au niveau de l'échancrure, le dessinateur a figuré, séparant l'*iliaque* et le *petit fessier*, les insertions du *moyen fessier* et du *couturier*; en revanche les attaches du *tenseur* sont reportées sur l'épine antéro-supérieure, au dessus de l'échancrure par conséquent. Au lecteur de se débrouiller au milieu de ces assertions aussi variées que discordantes. Quant au rameau fessier du nerf fémoro-cutané, quel trajet suit-il pour gagner la peau des fesses, c'est là un de ces mystères que nous n'essaierons pas de percer. L'échancrure ne donne passage à aucun organe. Qu'on tienne la chose pour dite.

Page 196. — *Sillon préauriculaire de* Zaaijer. — « Voici les résultats auxquels je suis arrivé (après examen de cent os iliaques, pas un de plus, pas un de moins) : Ce sillon est *parallèle au bord inférieur* de la facette auriculaire et ne doit pas être dit préauriculaire. » On lit d'autre part, dans un autre traité, (celui qui est au coin du quai !) page 265, première édition, 1889 : « *Le bord inférieur* de la facette auriculaire de l'os coxal est longé par un sillon qui se dirige *parallèlement* à ce bord, etc. » Était-ce la peine de faire claquer les portes et d'ameuter la foule ? — Pardon, j'oubliais ! L'auteur de l'anatomie *modèle* a découvert que ce sillon n'est pas un *sillon*, mais une *gouttière !!*

Quittons l'os iliaque, sur lequel j'aurais encore pas mal à épiloguer et passons, s'il vous plait, au sacrum et au coccyx.

Il paraît qu'aucun muscle ne s'attache à la face postérieure du sacrum et sur les deux faces du coccyx. J'ai vainement cherché les figures et les tableaux relatifs à ces insertions.

Page 308. — On lit : « Les corps des deux premières pièces sacrées ont la même hauteur (28 à 30 millimètres). » — Rien de plus faux. Les deux pièces en question sont loin d'être égales. Il s'en manque d'un bon centimètre en moyenne. De plus, la première pièce, chez la femme, mesure, en général, 35 millimètres. Chez l'homme, elle dépasse ce chiffre.

Page 311. — « Les trous sacrés postérieurs, plus petits que les antérieurs, sont situés, comme eux, sur deux lignes *parallèles*, distantes environ de 3 centimètres. » J'en suis bien fâché pour l'auteur, mais son exactitude, si vantée, se trouve, une fois de plus, en défaut. La distance qui sépare les deux lignes de trous est plus grande en arrière qu'en avant (8 à 10 millimètres). En outre, ces lignes, prétendues parallèles, convergent très sensiblement en bas, surtout à la face convexe. Sur *six* bassins que j'ai sous les yeux (tout le monde n'est pas à même de fonder ses statistiques sur *cinq cents* os), l'écart entre la paire de trous supérieure et la paire inférieure atteint 12 millimètres en moyenne. Se reporter, d'ailleurs, à la figure 310, où M. E. Cuyer, un bon observateur et un anatomiste avisé, n'a pas manqué de représenter les choses dans leur réalité.

Page 312. — « Le canal sacré loge la partie inférieure de la queue de cheval et le filum terminal de la moelle ». Pas un mot du cône dural dont le sommet correspond à la deuxième pièce sacrée.

Même silence sur le sillon de Zaaijer. L'auteur, qui s'est mis en frais et nous a donné des détails si intéressants au sujet de la *gouttière* coxale, ne semble pas soupçonner qu'il existe un sillon analogue sur le sacrum, sillon qui, comme son homonyme, répond à l'insertion du ligament sacro-iliaque antéro-inférieur.

Bassin en général. — C'est peut-être le plus erroné de tous les chapitres de l'*anatomia reformata*. C'est aussi celui dont les lacunes revêtent un caractère capital de gravité. On sait en effet de quelle importance est l'étude du bassin, au point de vue obstétrical.

Page 199. — Détroit supérieur. — L'auteur ignore le *diamètre promonto-pubien minimum*, si bien nommé *diamètre utile* par le professeur Pinard. Le *point rétro-pubien*, cela va sans dire, n'est pas davantage mentionné. Quant au diamètre *promonto sus-pubien*, la nouvelle Ostéologie l'appelle *sacro-pubien*, sans épithète, comme s'il n'existait pas *plusieurs* diamètres *sacro-pubiens*, entre autres le *sacro-sous-pubien inférieur* (Crouzat) et le *promonto-sous-pubien* dont la connaissance est absolument indispensable. Ce dernier, facile à évaluer par le toucher vaginal, donne aux praticiens des indications précieuses quant aux dimensions du bassin. Notre professeur de précision oublie, en outre, de nous avertir que les mesures des divers diamètres s'appliquent au pelvis féminin.

Il n'est pas question du *détroit moyen*, de la crête mousse en dos d'âne qui relie l'épine sciatique au tubercule sous-cotyloïdien, partageant la surface quadrilatère de l'ischion en deux parties plus ou moins distinctes. (P. Budin).

Quant aux *diamètres du détroit inférieur* (page 201), voici l'énormité à laquelle je me heurte *(Jonnesco referens !)* : « Les 2 diamètres, antéro-postérieur et transverse sont *sensiblement égaux* et *mesurent 11 centimètres* ». Il était si simple d'ouvrir un traité d'obstétrique. La généralité des accoucheurs s'accorde avec

Budin pour donner une longueur moyenne de *neuf* centimètres au diamètre coccy-sous-pubien avant la rétropulsion du coccyx. D'aucuns même (Varnier, Boissard) ne lui attribuent que *huit* centimètres. On voit si nous sommes loin de compte. Pour le diamètre transverse ou biischiatique, dont il aurait fallu déterminer plus rigoureusement les points extrêmes, le chiffre de 12 centim. 5 est communément adopté. Que si l'on jette les yeux sur la figure 188, on constate, au reste, entre l'auteur et le dessinateur qu'il est censé diriger un profond dissentiment. Dans le dessin à petite échelle de M. Leuba, il existe un écart de deux centimètres entre ces deux diamètres sensiblement *égaux* d'après le texte, écart qui, sur un bassin de grandeur naturelle, équivaudrait à une différence de cinq centimètres au moins.

Page 202. — *Inclinaison du bassin.* — Fig. 189. — Nouveau conflit entre l'auteur et son artiste. Il n'y a donc pas de rapporteur dans les laboratoires du syndicat. M. Charpy a montré que la verticale coupait le grand axe de la symphyse sous un angle de 60° environ. Or, c'est à peine, sur la figure de M. Leuba, si le sinus de l'angle mesure 30°. Impossible de serrer la vérité de plus loin. Résultat : au lieu d'affecter une direction voisine de l'horizontale, comme l'auteur le dit avec raison, la branche ischio-pubienne présente une obliquité absolument fausse.

Tout cet article, d'ailleurs, fourmille de bévues qu'il serait trop long de mettre en lumière. Bornons-nous à renvoyer le lecteur à une note qui les signale en les redressant. (Société d'obstétrique et de gynécologie, 12 juillet 1894.)

Page 200. — *Excavation pelvienne.* — Sa description se réduit aux deux lignes suivantes : « L'excavation, légèrement renflée en forme de *barillet*, surtout dans sa moitié postérieure, a des diamètres égaux, souvent supérieurs à ceux de ses orifices. » Pas un mot de plus. Silence sur les axes des détroits, sur celui de l'excavation, qui n'est pourtant pas sans intérêt, puisque cet axe représente la route que parcourt le fœtus, avant d'apparaître à la vulve.

Le tableau, que nous rencontrons page 204 et qui prétend résumer les *différences sexuelles* du bassin, offre des lacunes aussi regrettables que nombreuses. Vous savez, mon cher ami, de quelle valeur et combien décisifs sont les caractères fournis par l'examen de la grande échancrure sciatique. L'auteur ne paraît pas s'en douter. Ceux tirés de la hauteur du pubis (5 millimètres de plus chez l'homme), de la position du coccyx par rapport au plan frontal bisciatique, de l'indice du détroit supérieur, bien d'autres encore sont également oubliés.

L'ostéologie, vous n'en êtes guère surpris, nous a fourni une ample moisson d'erreurs, de lacunes et de contradictions. En jetant le filet dans **l'arthrologie**, la pêche ne sera pas moins miraculeuse.

Fig. 531. — Encore un de ces dessins fantastiques qui marchent de pair avec ceux que je dénonçais l'autre semaine! Il s'agit, aujourd'hui, d'une coupe de l'articulation sacro-iliaque « *faite parallèlement au détroit supérieur* et *passant par la deuxième sacrée.* » Croyez-en l'auteur, si le cœur vous en dit. Moi, j'ai la foi moins robuste et je me permets d'y regarder de plus près. Cette coupe, je l'affirme, est aussi impossible à réaliser que certaines coupes du crâne auxquelles je faisais allusion tout à l'heure. Quand on pratique une coupe dans les conditions sus-énoncées, la scie intéresse à peine l'article. Elle traverse, par contre, la grande échancrure sciatique à 2 ou 3 centimètres au-dessous du sommet de la courbe. Dès lors, le pont osseux qui, dans la figure précitée, rattache le cotyle à la tubérosité iliaque ne saurait exister.

Page 636. — *Art. sacro-iliaque.* — « Cette articulation appartient aux diarthroses, classe des *arthrodies.* » Page 534, cette *arthrodie* nous était donnée comme une *diarthro-amphiarthrose*.

Devine si tu peux et choisis si tu l'oses.

Page 638. — Excellente description du revêtement cartilagineux de l'articulation. Son seul défaut est d'être copiée presque mot à mot dans le livre du Pr Sappey. Cette clarté, du reste, ne tarde pas à peser à l'auteur. Tout ce qui concerne la statique du tronc et les rapports des auricules sacrée et iliaque demeure absolument inintelligible. Il est heureux que le professeur Farabeuf ait repris la question dans ces derniers temps. Les lecteurs qu'intéressent ces problèmes de mécanique articulaire trouveront dans son mémoire tous les renseignements désirables.

Page 639. — Le bassin ne porte décidément pas bonheur à M. Leuba. Sur la figure 532, les épines iliaques, le cotyle, l'éminence ilio-pectinée, etc., sont informes et les insertions sacrées des ligaments sacro-sciatiques absolument inexactes.

Même page 639. — « A la partie postérieure (il s'agit toujours de l'articulation sacro-iliaque), l'appareil ligamenteux comprend *deux parties fort distinctes* : 1° un ligament sacro-sciatique postérieur ; 2° un ligament sacro-sciatique interosseux. » Tournez deux feuillets. Ce ligament interosseux, *si distinct* page 639, devient, page 641, « *difficile à séparer du premier, dont il n'est, à vrai dire, que la couche profonde.* »

Page 640. — Encore un dessin qui remplacera malaisément la pièce anatomique! Les faisceaux iliaque et sacré du grand ligament sacro-sciatique s'entrecroisent à l'inverse du chiasma représenté sur la figure 533. A défaut de la nature, consulter l'Atlas de Bonamy (Pl. 23 *bis*), celui de Lenoir (Pl. 2). Voir même le dessin 532 de P. Poirier où la disposition vraie est approximativement figurée.

Page 642. — « L'articulation sacro-iliaque est le siège de mouvements peu étendus dont l'axe transversal passe par *le tiers postérieur des facettes auriculaires.* » — Archifaux. — L'axe virtuel passe en arrière de l'article. Voir Dubois et Pajot et surtout Farabeuf, dont les idées ont été lumineusement exposées par Lop, in *Gazette des hôpitaux*, 20 avril 1895.

Pages 643 et 644. — Je signalais plus haut une gravure du bassin où le *grand ligament sacro-sciatique* est aussi mal figuré que possible. La description de l'auteur ne vaut guère mieux que le dessin de M. Leuba. D'abord, il n'est question ni des deux groupes de fibres, ni de leur entrecroisement. De plus, le texte attribue au ligament une forme triangulaire, en éventail, qui n'a jamais été la sienne. Que si l'on veut emprunter à la géométrie une image qui rappelle sa configuration, ce ligament doit être comparé à deux triangles de taille inégale affrontés par leur sommet, ou bien encore à un X. L'entrecroisement des deux faisceaux se fait au niveau de l'étranglement de l'X, les faisceaux *iliaques* passant en *avant*, les faisceaux sacro-coccygiens en *arrière*. C'est tout le contraire de ce qu'a dessiné M. Leuba. (Fig. 533.)

Quant au *petit ligament sacro-sciatique* (puisque vous aimez la précision, Monsieur l'anatomiste exact, je vais vous rendre heureux), ses fibres ne naissent pas seulement « du sommet de l'épine sciatique » ; un faisceau très important se détache encore du bord supérieur de l'apophyse, le bord inférieur restant vierge d'insertions ligamenteuses. Les deux faisceaux, très nettement distincts à l'origine, ne tardent pas à se fusionner après un trajet parallèle de six à dix centimètres.

Page 648, fig. 539. — *Pubis (face antérieure).* — Aucune trace des fibres verticales et des fibres obliques entrecroisées qui constituent la couche superficielle du manchon antérieur de la symphyse.

Page 649, fig. 540. — Les fibres de l'arcus suivent un trajet *horizontal*. A la page suivante, l'auteur dit que « ce ligament est formé par des faisceaux étendus *obliquement* d'un pubis à l'autre et *entrecroisés à angle aigu.* » C'était bien la peine de faire des dessins aussi démesurés!

Page 651. — *Aperçu historique!!!* — Si vous aimez les salades chronologiques, vous serez servi à souhait. Dégustez cette première liste : *Pineau, Morgagni, Paré, Riolan, Santorini, Spiegel, Duverney, Harvey, Louis.* Et plus bas, seconde liste non moins

instructive : *Paré, Hunter, Morgagni, Riolan, Spiegel, Duverney*. Est-ce que par hasard le syndicat ignorerait qu'Harvey (1578-1657) fut le contemporain de son contradicteur Riolan (1577-1657) que Morgagni vécut au xviii° siècle, que Louis est mort en 1792 et qu'Hunter (1728-1793) est postérieur de deux siècles à Amb. Paré ? Il faut s'attendre à tout de la part de l'érudit qui cite un mémoire lu par Tenon à l'*Institut en 1774!!*

« *Les descriptions anatomiques, malaisées à comprendre, difficiles à retenir, seront plus facilement comprises et retenues à la lumière du développement embryologique qui commande la nature, la disposition, les rapports des éléments et des parties.* (Préface page V.) Impossible de mieux dire. Mais alors, pourquoi confisquer tout d'un coup ce flambeau indispensable et plonger le lecteur dans la nuit? Dans ce gros volume (788 pages, et quelles pages!) pas une seule ligne qui vise le développement général du bassin et le mécanisme de son évolution morphologique. La question, à mon humble avis, offre pourtant quelque intérêt. On sait combien le bassin fœtal, physiologiquement cyphotique, diffère du bassin de l'adulte. Il n'eût pas été inutile de décrire les stades successifs et d'analyser les causes multiples des transformations que subit le pelvis depuis la naissance jusqu'à la puberté.

Que si l'auteur ne compète pas en la matière, il pouvait passer la plume à un collaborateur mieux informé.

Ce n'est pas tout. Vous espérez sans doute qu'un Traité qui affiche, entre autres prétentions, celle d'être complet et de répondre à tous les besoins de l'élève, renferme au moins un court paragraphe concernant les anomalies pelviennes et, en particulier, les bassins par assimilation. Une pauvre phrase perdue au fond des notes (page 329.) : « *Parfois le sacrum com prend six vertèbres, plus rarement il n'est formé que de quatre* »: voilà l'unique renseignement qu'on daigne nous fournir sur les bassins physiologiques anormaux. C'est plutôt maigre. — Il est vrai que, d'autre part (serait-ce une compensation?) le directeur du syndicat consacre une demi-page de petit texte au *Spondylolisthesis* et plus d'une grande page au relâchement et au ramollissement des ligaments articulaires pendant la grossesse.

Page 743. — « Le sacrum est encore uni à la colonne lombaire par deux ligaments jaunes, un ligament surépineux et un ligament interépineux. » Quant au ligament *sacro-vertébral de* Bichat, l'auteur n'en souffle mot non plus que de sa première veste. On m'assure que son tailleur n'a pas fermé boutique...

(*La* Cuisse *au prochain numéro.*)

Dr Bre.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 18 décembre.— Présidence de M. Théophile Anger.

Exploration de la plèvre et du poumon.

M. Bazy lit une seconde réponse écrite à la présentation faite par M. Tuffier sur un nouveau procédé d'exploration du poumon par le décollement de la plèvre pariétale.

Cette réponse de M. Bazy comprend deux parties :

Dans la première partie, M. Bazy constate que M. Tuffier n'a pas répondu aux faits d'historique et de nomenclature mentionnés par lui dans sa première réponse. M. Bazy, en second lieu, s'attache à démontrer que les explications, apportées secondairement par M. Tuffier sur la valeur de son propre procédé, ont complètement égaré l'opinion des membres de la Société. Il ne doit s'agir, en effet, dans la discussion, que de l'exploration de la plèvre et du poumon.

Encore les deux faits de pneumothorax, invoqués par M. Tuffier comme des accidents funestes et inévitables de l'ouverture de la plèvre, ne sont-ils pas en faveur de la théorie soutenue par cet orateur. M. Bazy s'empresse de leur opposer six observations qui ont été rapportées à la Société et qui sont dues à MM. Monod, Ricard et Bazy. La dernière de ces observations sur lesquelles M. Bazy appuie son dire est due à M. Tuffier lui-même.

Il s'agit des fameux cas de résection d'un sommet pulmonaire faite par ce chirurgien, en 1891, cas dans lequel « à peine un sifflement léger, indiquant l'entrée de quelques centimètres cubes d'air dans la cavité pleurale, a été entendu. » Inutile donc d'évoquer, à grands cris, ces accidents de pneumothorax comme une des grandes fautes de l'incision pleurale.

Après avoir fait ressortir les médiocres résultats de la pratique du procédé de M. Tuffier (les deux observations qu'il a rapportées prouvent cette médiocrité), M. Bazy compare ces résultats aux nombreux travaux de laboratoire faits par M. Tuffier lui-même.

L'orateur en vient ensuite, à discuter de nouveau, la valeur du procédé du décollement pleural dans l'exploration du poumon. Il refuse à ce procédé toute utilité, appuyant son affirmation sur ce fait très simple que quand il s'agit d'explorer un viscère les procédés les plus logiques et seuls vraiment utiles sont ceux qui consistent à laisser interposées entre l'organe examiné et la main qui palpe le moins de choses possible. Pourquoi donc, dans ce cas, vouloir absolument conserver la plèvre pour palper le poumon à travers elle ? N'a-t-on pas été jusqu'à proposer même de faire une laparatomie exploratrice dans le but d'explorer un viscère abdominal ? Il semble donc, ajoute l'orateur, que si l'exploration chirurgicale du poumon est quelquefois sans résultats c'est par la voie extra-pleurale seule qu'elle sera en défaut.

Enfin, M. Bazy, revenant encore sur la mort prématurée du malade de M. Tuffier, reproche à ce dernier de ne pas avoir apporté à la Société la plèvre et le poumon sur lesquels il avait opéré. Il eût mieux valu, dit-il, présenter des pièces anatomiques que des théories.

Dans la seconde partie de sa réponse, M. Bazy, a voulu expliquer les termes un peu vifs dans lesquels sa première réponse à M. Tuffier était conçue.

Il a rappelé, à cet effet, les travaux d'expérimentation sur la vessie du chien faits autrefois par M. Tuffier, travaux d'après lesquels M. Tuffier avait semblé vouloir s'attribuer la priorité du décollement de la muqueuse vésicale pour l'ablation des tumeurs de la vessie. A cette époque, M. Bazy a montré à M. Tuffier son erreur et a voulu lui montrer aujourd'hui, au sujet de l'exploration du poumon, que cette partie de la chirurgie avait été étudiée bien avant lui.

Il est évident que la seconde moitié de la réponse de M. Bazy nous a sortis de la discussion. Il s'agit là de faits anciens et personnels aux deux orateurs.

M. Tuffier, d'ailleurs, n'a pas voulu répondre longuement à M. Bazy. Il s'est contenté, dans une allocution très simple et très heureuse, de répéter les faits déjà annoncés par lui dans une précédente séance, au sujet de son malade. Quant aux faits anciens, dont M. Bazy entend se servir aujourd'hui pour excuser la vivacité trop tard reconnue par lui de sa première réponse, M. Tuffier n'a pas (il le dit lui-même) à s'en préoccuper ici. Il s'est expliqué suffisamment en temps et lieu, à leur sujet. Il rappelle simplement que dans ses travaux sur la vessie du chien, il a eu en vue l'infiltration d'urine et non l'ablation des tumeurs vésicales.

Des injections de sérum artificiel intraveineuses et sous-cutanées à la suite des opérations abdominales graves.

M. Pozzi lit un rapport sur deux observations envoyées par M. Berlin (de Nice). Dans la première observation, la plus intéressante, et qui a été le point de départ d'une discussion sur le sujet, il s'agissait d'une malade, essentiellement névropathe, à laquelle M. Pozzi lui-même fit l'hystérectomie vaginale, et qu'il confia au Dr Berlin pour les suites opératoires. Ces suites furent de la plus haute gravité. La malade présenta tous les symptômes d'une septicémie péritonéale qui alla croissante jusqu'au quatrième jour après l'opération, où le Dr Berlin injecta, en deux

fois, dans les veines, et dans l'espace de trois heures de temps, 1,400 grammes de sérum artificiel selon la formule donnée par M. Hayem.

A la suite de ces injections intraveineuses, amélioration notable, puis guérison.

M. Berlin, recherchant la cause de ces graves complications, a pensé à des accidents probablement nerveux survenus chez une malade prédisposée, de par son passé névropathique, et survenus sous l'action d'une septicémie péritonéale légère.

Mais quelle que soit la cause véritable de ces complications, ce qui frappe, dans cette observation, c'est la médication employée et les effets heureux dont elle a été suivie. On a injecté, dans les veines, 1,400 grammes de sérum artificiel en deux fois. Il est certain qu'une telle quantité de sérum a été rarement injectée, du moins à la connaissance de l'orateur qui rappelle, à ce sujet, qu'un chirurgien de Baltimore injecta, cependant, en une seule fois, deux litres de sérum, non dans une veine mais dans une artère et par son bout central.

Quant au mode d'action du sérum, en pareil cas, M. Pozzi pense comme M. Berlin que le sérum est avant tout, un puissant dynamogène qui relève fortement la tonicité du système nerveux.

M. Segond. — Je ne veux pas discuter sur l'action vraiment merveilleuse du sérum injecté aux malades qui, ayant déjà subi de grosses opérations, sont ensuite dans un état général plutôt inquiétant. Ce sont là des faits de pratique journalière.

Mais je voudrais savoir si la gravité du pronostic qui s'est présentée, pendant quatre jours, pour la malade de M. Berlin, ne pourrait pas être impliquée à l'état intestinal de cette malade, et je demanderai à M. Pozzi de nous dire combien de temps, après l'opération, la malade a été à la garde-robe.

M. Bouilly. — Nous ferons bien d'apporter la plus grande attention à l'observation sur laquelle M. Pozzi vient de nous faire un rapport.

Dans le fond, la malade dont il s'agit était tout simplement atteinte de septicémie péritonéale suraiguë. Or, il est à remarquer que ces accidents graves ont été sérieusement améliorés par les injections de sérum. Je ne connais pas la vérité sur l'efficacité d'une telle thérapeutique, mais, tout ce que je puis dire, c'est qu'il faut la préconiser et que c'est là une question qui devrait être mise à l'ordre du jour pour permettre à chacun de nous de dire ce qu'il en sait.

M. Monod. — Je ne suis pas étonné par la quantité de sérum qui a été injectée, presque d'emblée, dans les veines de la malade de M. Pozzi. Mon ancien interne, M. Beaussenat, a injecté, l'an dernier, dans mon service, 1.200 et 1,500 gr. de sérum en une seule fois, dans les veines de certains grands opérés.

M. Michaux. — J'ai suivi souvent la même pratique que mes collègues, pour des malades atteintes de septicémie péritonéales, et j'ai, moi aussi, injecté de grandes quantités de sérum dans les veines. J'ai observé, chez une malade, des vomissements séreux abondants à la suite d'injections de 1,500 et 1,800 gr. de sérum. Chez une autre, j'ai vu survenir après l'injection, une douleur bizarre dans le côté, avec une hyperthermie qui a graduellement fait place à une température proche de la normale. Enfin, chez une troisième malade, j'ai établi un drainage vagino-abdominal et j'ai fait fait couler par le drain, pendant une journée entière, de l'eau salée chaude; la malade s'en est bien trouvée. On a cessé ce drainage, le soir, et la malade est morte dans la nuit. J'ai cru utile de signaler tous ces faits qui me paraissent nouveaux et se rattachent à la discussion.

M. Peyrot. — J'appuierai le dire de M. Monod en disant que M. Beaussenat, actuellement dans mon service, injecte de fortes doses de sérum dans les veines de certains malades abattus et infectés qui s'en trouvent très bien.

M. Terrier. — Dans cette discussion, on a abordé trois points :

a) L'utilité des injections de sérum dans les hémorrhagies pendant les opérations. En cela tout le monde est d'accord.

b) L'utilité des injections de sérum à la suite des hystérectomies et autres opérations de ce genre. Ici, on a parlé d'injecter le sérum soit dans les veines, soit dans le tissu cellulaire sous-cutané. Mais peu m'importe, actuellement, la voie de l'injection. Il est beaucoup plus important de songer que la malade de M. Berlin semble avoir été guérie d'une septicémie péritonéale par le sérum artificiel. S'ensuit-il que, dorénavant, il nous suffira d'employer la même thérapeutique pour obtenir le même résultat? Evidemment non. Il n'est pas moins utile de prendre note de ce fait intéressant.

c) On a, enfin, parlé de faire dans le péritoine des irrigations à l'eau salée.

Tout cela est parfait. Mais voilà bien des choses nouvelles sur lesquelles il ferait bon s'appesantir un peu.

Pour ma part. je crois à la grande utilité des injections de sérum, j'aime mieux les faire dans le tissu cellulaire sous-cutané, je sais qu'elles peuvent produire de bons effets, mais je n'en attends pas des merveilles comme choses sûres. Je trouverais même très logique que l'on pût faire, au fur et à mesure des injections, de petites saignées qui débarrasseraient le sang d'autant de toxines.

Tout compte fait, il ne faut pas, néanmoins, perdre de vue les reins, mais il faut bien savoir ce dont ils sont capables. C'est là un point très important.

M. Segond. — J'approuve les réserves faites par M. Terrier. Pour mon compte, j'emploie la voie sous-cutanée et je dois au sérum des résultats merveilleux dans certaines hémorrhagies opératoires. Comme M. Terrier, je serai moins explicite au sujet de l'action du sérum dans les septicémies. La question que j'ai faite tout à l'heure à M. Pozzi n'en a pas moins d'importance. Il n'y a souvent que de l'occlusion intestinale là où l'on parle de septicémie péritonéale. A la vérité, c'est là une question très complexe.

M. Poirier. — Comme l'a dit M. Terrier, la notion de l'état du rein a de l'importance en pareil cas. Il m'est arrivé, une fois, de susciter chez une malade une vraie crise de polyurie qui a eu les plus heureux résultats, en injectant seulement 500 gr de sérum dans les veines.

M. le président. — Chez un malade de mon service, atteint d'un traumatisme grave de l'abdomen, ayant nécessité la laparotomie, M. Lejars a fait pendant cinq jours des injections de 6 ou 7 litres de sérum. L'enfant présentait des accidents d'infection. Il a reçu ainsi plus de 25 litres de sérum. Aujourd'hui il est guéri.

M. Pozzi. — Je dirai à M. Segond que la malade dont j'ai dit l'histoire n'a été à la garde-robe que le sixième jour après l'opération. Pour moi elle a fait, non de l'occlusion intestinale, mais de la parésie. Or, cette parésie est un des premiers symptômes de la septicémie péritonéale.

Présentation de malades.

M. Delbet présente un malade auquel il a extirpé un anévrysme poplité.

M. Routier présente une jeune femme à laquelle il a fait l'urétéro-cystostomie pour fistule urétéro-vaginale.

Election d'un membre titulaire.

Ont obtenu :

MM. Broca	21 voix.
Walther	5 —
Lejars	1 —
Verebère	1 —

M. Broca est élu membre titulaire de la Société de Chirurgie.

PETIT.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 13 décembre.

Cas remarquable de persistance du bacille diphtérique dans le mucus nasal avec variations de sa virulence.

MM. Le Gendre et **G. Pochon** ont observé, depuis quinze mois, un enfant qui, en moins de trois ans, a été atteint trois fois de diphtérie (une fois d'angine, une fois de stomatite avec rhinite pseudo-membraneuse, une autre fois de rhinite avec angine). Depuis qu'on a commencé à faire méthodiquement l'examen bactériologique des mucus nasal et pharyngien (treize fois depuis le mois de septembre 1894), on a constaté le bacille de Lœffler, tantôt virulent, tantôt dépourvu de virulence, tantôt sous la forme de bacilles moyens, tantôt sous l'aspect de petits bacilles et même de coccus de Brisou, tantôt seul, tantôt associé au staphylocoque.

Les lavages multipliés des cavités nasales et pharyngiennes (avec une solution à 5 0/00 de liqueur de Labarraque) font momentanément disparaître le bacille ou le réduisent à de rares spécimens. Mais dès qu'on suspend les irrigations pendant quelque temps, l'enfant, d'ordinaire gai et bien portant, devient triste, perd l'appétit et pâlit ; les cultures décèlent de nouveau le microbe. Il n'a donc jamais cessé de se tapir dans quelques glandes de la muqueuse nasale. C'est là un exemple bien frappant de microbisme latent. Des cas semblables sont peut-être plus nombreux qu'on ne l'a cru jusqu'ici, car il est rare qu'on puisse poursuivre aussi longtemps l'enquête bactériologique.

Lésions médullaires dans un cas de polynévrite.

MM. Ballet et **Dutil** rapportent l'observation d'un malade qui avait présenté les symptômes classiques d'une polynévrite généralisée à marche rapide (trois mois) et chez lequel on trouva en dehors des lésions de polynévrite : 1° des altérations des racines antérieures, et 2°, fait plus rare, des lésions médullaires. Ces dernières ne purent être décelées qu'en employant la méthode de coloration de Niessl et celle de l'hématoxyline. La première montre les altérations du protoplasma ; la seconde, celles des noyaux. Dans ce cas, la méthode ancienne du picrocarmin ne fournissait aucun renseignement sur les lésions.

Il ne suffit pas de constater l'existence de lésions médullaires dans les polynévrites. Il faut en rechercher la filiation. M. Ballet rappelle les travaux où ont été signalées des lésions de la moelle à la suite d'altérations des nerfs périphériques (Hayem, Marinesco). Jamais l'histologie ne permettra d'établir si les lésions de la moelle sont primitives ou secondaires. Tout ce que l'on sait, c'est que si un point quelconque du neurome est touché, la cellule s'altère.

M. Hayem dit qu'il a démontré, il y a une quinzaine d'années, que toute altération du nerf entraînait une altération médullaire.

M. Marie est de l'avis de M. Ballet. Dans les intoxications et les infections, l'action n'est jamais localisée exclusivement sur les nerfs périphériques. Tout le système nerveux peut être plus ou moins atteint.

Méningisme hystérique.

M. Huchard rapporte, sous ce titre, l'observation d'une jeune femme de vingt-quatre ans, qui présenta tous les symptômes d'une méningite tuberculeuse sans méningite. Une crise hystérique type fit le diagnostic. On avait, du reste, été frappé de la quiétude que présentait la malade au milieu d'un ensemble symptomatique en apparence très alarmant. Mais le diagnostic pouvait d'autant plus pencher du côté de la méningite qu'il existait une submatité marquée au sommet droit et une température assez élevée avec des irrégularités. La malade était entrée à l'hôpital pour une angine banale.

M. Huchard croit que la submatité, qui contribua à induire en erreur, rentre dans la catégorie des submatités hystériques liées à une hyperexcitabilité des muscles de la paroi thoracique.

Troubles cardiaques par déformation du thorax.

M. Huchard montre ensuite un malade présentant des troubles cardiaques (palpitations, souffles extra-cardiaques) indépendants de la croissance, du rachitisme et sans lésions orificielles, mais qui lui paraissent tenir à une déformation, par allongement, de la cage thoracique. Le malade fut réformé pour hypertrophie du cœur. Or, il a plutôt de l'atrophie de cet organe.

M. Du Cazal (Val-de-Grâce) demande à M. Huchard si on aurait dû prendre cet homme pour le service militaire.

M. Huchard répond négativement.

M. Marfan dit qu'en admettant que le thorax de ce malade soit réellement allongé — ce qui ne lui paraît pas prouvé — il ne voit pas de relation nécessaire entre une cage thoracique longue et des troubles cardiaques.

M. Hayem a remarqué que les troubles cardiaques imputés chez les jeunes gens, à une hypertrophie de croissance, sont presque toujours liés à des troubles dyspeptiques. Fréquemment les dyspeptiques ont une hyperexcitabilité énorme du cœur.

Pour ce qui est de l'influence des déformations de la cage thoracique, ne voit-on pas souvent des hossus qui n'éprouvent ni dyspnée, ni palpitations à la suite d'efforts musculaires même intenses ?

M. Marfan dit que les hossus dyspnéiques sont des hossus à poumons trop petits. La diminution de volume est parfois de la moitié et elle entraîne forcément des troubles circulatoires.

M. Catrin (Val-de-Grâce) rappelle qu'il n'y a pas longtemps on réformait les conscrits ayant moins de 76 centimètres de circonférence thoracique au niveau des mamelons. Mais on a reconnu que cette mesure était trop absolue ; on voit, en effet, des hommes ayant une bonne respiration et une circulation normale avec un périmètre thoracique inférieur à 76 centimètres.

H. Méry.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 14 décembre.

Inoculabilité de la tuberculose humaine au perroquet.

MM. Gilbert, Cadiot, Roger ont déjà montré que la tuberculose des mammifères est inoculable à la poule dans la proportion de 10 0/0.

Ils ont trouvé que le perroquet présente une réceptivité encore plus grande que la poule pour la tuberculose. C'est la tuberculose humaine qui attaque le plus souvent le perroquet.

Que cet oiseau soit atteint spontanément ou par inoculation, la tuberculose se comporte chez lui de la même façon. Il est sûr que la tuberculose spontanée lui vient de l'homme. Il est à supposer que la réciproque est vraie, et que le perroquet contaminé peut à son tour contaminer l'homme.

Action de l'alcool sur la digestion.

M. Dastre. — Je n'ai pas voulu dire, à la dernière séance, que l'alcool était favorable à la digestion gastrique et pancréatique, et particulièrement lorsqu'on l'employait en grande quantité.

L'alcool nuit plutôt à la digestion puisqu'il rend insoluble les deux corps en présence ; d'une part, le ferment ; d'autre part, l'aliment.

Quand le degré alcoolimétrique s'élève, la digestion pancréatique devient de plus en plus pénible. Il est à noter, chose curieuse, que si l'activité fermentative diminue au fur et à mesure que la quantité d'alcool augmente, la solubilité du ferment, en milieu alcoolique, se maintient beaucoup plus haut.

Variations du chimisme stomacal sous l'influence de l'alcool.

M. Kaufmann, au nom de **M. Haan** (du Havre), communique une note d'après laquelle, chez les animaux, des doses élevées et continues d'alcool excitent d'abord la motilité gastrique pour l'affaiblir ensuite. L'acide chlorhydrique du suc gastrique, d'abord en abondance, diminue ensuite et, à la longue, tend à disparaître.

M. R. Dubois (de Lyon) envoie une note dans laquelle il démontre que l'acide carbonique, en s'accumulant à l'état normal dans le sang, provoque le sommeil d'abord et ensuite provoque le réveil.

M. Chabrié fait une communication sur les diverses réactions qui peuvent transformer la cartilagéine en osséine.

M. Binet donne le résultat de ses recherches relatives à l'influence du travail sur le pouls et la respiration.

ACTES DE LA FACULTÉ

DU 23 AU 28 DÉCEMBRE 1895

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 23 décembre, à 1 heure. — 2° (2° partie, 1re série) : MM. Ch. Richet, André, Weiss. — 2° (2° partie, 2° série) : MM. Straus, Retterer, Poirier. — 3° (2° partie) : MM. Fournier, Letulle, Widal. — 5° (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu : MM. Reclus, Delbet, Broca. — 5° (1re partie), Hôtel-Dieu : MM. Potain, Landouzy, Gilles de la Tourette. — 5° (1re partie), Obstétrique, Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Marchand, Tuffier.

Mardi 24 décembre, à 1 heure. — 2° (2° partie) : MM. Mathias-Duval, Gley, Chassevant. — 3° Oral (1re partie, 1re série) : MM. Guyon, Nélaton, Bonnaire. — 3° Oral (1re partie, 2° série) : MM. Panas, Bar, Thiéry. — 4° : MM. Proust, Gilbert, Thoinot. — 5° (1re partie), Chirurgie, Charité : MM. Berger, Albarran, Hartmann. — 5° (2° partie), Charité (1re série) : MM. Jaccoud, Chantemesse, Charrin. — 5° (2° partie), Charité (2° série) : MM. Debove, Hutinel, Letulle.

Jeudi 26 décembre, à 1 heure. — *Médecine opératoire, épreuve pratique* : MM. Farabeuf, Poirier, Thiéry. — 2° (2° partie) : MM. Mathias-Duval, Gley, Chassevant. — 3° Oral (1re partie, 1re série) : MM. Bar, Nélaton, Hartmann. — 3° Oral (1re partie, 2° série) : MM. Le Dentu, Maygrier, Albarran. — 3° Oral (2° partie) : MM. Joffroy, Chantemesse, Charrin. — 4° : MM. Pouchet, Gilbert, Thoinot.

Vendredi 27 décembre, à 1 heure. — 2° (2° partie) : MM. Ch. Richet, Retterer, Weiss. — 3° Oral (1re partie) : MM. Marchand, Ricard, Walther.

Samedi 28 décembre, à 1 heure. — *Médecine opératoire, épreuve pratique* : MM. Farabeuf, Poirier, Thiéry. — 2° (2° partie) : MM. Mathias-Duval, André, Heim. — 3° (2° partie) : MM. Debove, Hutinel, Marfan. — 5° (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu : MM. Berger, Nélaton, Albarran. — 5° (2° partie), Hôtel-Dieu : MM. Joffroy, Ménétrier, Roger. — 5° (1re partie), Obstétrique, Clinique d'Accouchements, rue d'Assas : MM. Bar, Maygrier, Bonnaire.

THÈSES DE DOCTORAT

Lundi 23 décembre, à 1 heure. — *M. Catuneanu* : Contribution à l'étude du diagnostic de la grossesse au début (signe de Hegar) (MM. Tillaux, Ricard, Lejars, Walther). — *M. Moissonnier* : Des injections sous-conjonctivales de sublimé en thérapeutique oculaire (MM. Tillaux, Ricard, Lejars, Walther). — *M. Durville* : L'hygroma de la bourse séreuse du psoas (MM. Tillaux, Ricard, Lejars, Walther). — *M. Francopoulo* : La gangrène totale du pied par congélation et son traitement opératoire (MM. Tillaux, Ricard, Lejars, Walther).

Jeudi 26 décembre, à 1 heure. — *M. Noblet* : Du méningisme (syndrôme de E. Dupré) (MM. Brouardel, Laboulbène, Marie, Achard). — *M. Gardé* : Effets physiologiques de l'électricité ; mort apparente ; rappel à la vie (MM. Laboulbène, Cornil, Marie, Achard). — *M. Gatay* : Phlébite rhumatismale (MM. Cornil, Laboulbène, Marie, Achard). — *M. Baron* : De l'ictère catarrhal chez les enfants (MM. Debove, Berger, Marfan, Bonnaire). — *M. Debains* : Conduite à tenir dans l'avortement ovulaire et embryonnaire (MM. Berger, Debove, Marfan, Bonnaire). — *M. Martin* : Des kystes du canal thyro-lingual ; contribution à l'étude des affections congénitales de la langue et du cou (MM. Guyon, Panas, Roger, Letulle). — *M. Ortéga* : Etude sur l'empyème des sinus frontaux (MM. Panas, Guyon, Roger, Letulle).

Vendredi 27 décembre, à 1 heure. — *M. Aupérin* : Contribution à l'étude clinique de la tuberculose rénale à forme hématurique (MM. Tillaux, Reclus, Delbet, Broca). — *M. Dorion* : Sur un cas de nécrose après brûlure (MM. Tillaux, Reclus, Delbet, Broca). — *M. Delarue* : Thérapeutique chirurgicale des fistules salivaires (MM. Tillaux, Reclus, Broca). — *M. Girard* : Corps étrangers de l'oreille (MM. Tillaux, Reclus, Delbet, Broca). — *M. Pravost* : Utérus double et accouchement (MM. Pinard, Lejars, Poirier, Thiéry). — *M. Tilman* :

être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 28, rue Vignon

tocoques (MM. Landouzy, Potain, Gilles de la Tourette, Widal). — *M. Geagea* ; Pneumonie paludéenne à forme bronchopneumonique (MM. Landouzy, Potain, Gilles de la Tourette, Widal). — *M. Garanger* : Quelques considérations sur le rôle du médecin dans le traitement des cardiopathies compensées (MM. Potain, Landouzy, Gilles de la Tourette, Widal). — *M. Sergent* : Tubercules et cavernes biliaires ; recherches anatomopathologiques, bactériologiques et expérimentales ; pathogénie de la tuberculose des voies biliaires (MM. Potain, Landouzy, Gilles de la Tourette, Widal). — *M. Molinié* : Des vésicules aberrantes dans le zona (MM. Fournier, Straus, Gaucher, Letulle). — *M. Soyez* : Œdème hystérique (MM. Straus, Fournier, Gaucher, Letulle).

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

HOPITAUX DE PARIS

Par suite de la mise en disponibilité, pour cause de maladie, les mutations suivantes auront lieu, à partir du 26 décembre 1895, dans le personnel des chirurgiens :

M. Picqué passe de l'hospice d'Ivry à l'hospice de la Salpêtrière ; M. Michaux, à l'hospice d'Ivry.

Hôpital Trousseau.

Dans sa séance du 16 décembre 1895, le Conseil municipal a voté la désaffectation de l'hôpital Trousseau et le remplacement de cet établissement par trois hôpitaux d'enfants qui seront construits : 1° près de la place Daumesnil ; 2° dans les bâtiments de l'hôpital Hérold, qui seront appropriés au service spécial des enfants malades ; 3° sur un terrain situé entre les rues Etex, de Maistre et Carpeaux.

Concours de médecine.

MM. Springer, 17 ; Le Noir, 18 ; Parmentier, 20 ; Jacquet, 19 ; Coffin, 16.

Sont déclarés admissibles à subir la deuxième épreuve (épreuve clinique) : MM. Klippel, Parmentier, Jacquet, Barbier, Jeanselme, Gallois, Belin, Plicque, Hudelo, Legry, Bruhl, Capitan, Lesage, Florand, Le Noir, Courtois-Suffit, Thiroloix, Toupet, Létienne, Triboulet, Leredde, Hallion, de Gennes, Dubief, Souques, Tissier.

La première séance a eu lieu vendredi 13 décembre : MM. Dubief, 17 ; Capitan, 15 ; Legry, 17 ; Jeanselme, 17 1/2 ; Thiroloix, 16 ; Klippel, 20.

Concours de l'internat.

Pathologie. — MM. Paul Roger, 11 ; Nattan, 9 ; H. Voisin, 9 ; Millienne, 10 ; Hérard, 10 ; Ulmann, 14 ; Nicaise, 12 ; Edmond Mercier, 13 ; Ghéorghiu, 13 ; Dardel, 14 ; Delthil, 11 ; Mashrenier, 13 ; Durrieux, 15.

Les candidats ayant obtenu la note 20, minimum, sont admis à subir l'épreuve orale.

Concours de l'externat.

Anatomie. — MM. Thomin, 14 ; Louis Thomas, 12 ; Trenaunay, 9 ; Smolianoff, 7 ; Willard, 14 ; Paul Rogier, 8 ; Ymbert, 10 ; Merlet, 15 ; Ménard, 10 ; Robin, 14 ; Mlle Mugnier, 12 ; MM. Henri Meyer, 7 ; Picandet, 12 1/2 ; Pellizza, 9 ; Mieulet, 6 ; Morin, 9 ; Meheut, 17 1/2 ; Paul-Joseph Petit, 12 ; Moureyre, 11 1/2 ; Mermier, 16 1/2 ; Méret, 9 ; Georges Milon, 10 ; Poutchkow, 13 ; Moulen, 15 ; Mercadé, 12 ; Rigal, 3 ; Ravary, 10 ; Pierrhugues, 9 ; Pécharmant, 18 1/2 ; Monraisse, 9 ; Menu, 18 1/2 ; Pellagot, 8 ;

Pascaud, 4; Parent, 12; Mornac, 9; Regnard, 17 1/2; Pédebidou, 12 1/2; Henri Millon, 15 1/2; Paul Meyer, 13 1/2; Pompéani, 7; Raoult, 8; Pourtié, 12; Poujade, 17; Mlle Przeciszewski, 11; MM. Prestrelle, 8; Percheron, 14; Léon Renault, 9; Mlle Iscovescu, 11; MM. Marais, 14 1/2; Hayem, 9; Lalou, 10.

Pathologie. — MM. Gottschalk, 12; Fougères, 11; Gauraud, 17: Ferras, 6; Genton, 9 1/2; Charles Durand, 11; Gadaud, 18; Pierre Duval, 18 1/2; Paul Fahre, 6; Duvernoy, 5; Edwards, 12; Froment, 3; Guérin, 10; Glaize, 14; Guillemare, 1/2; Guenot, 16; Guieysse, 16; Guerbé, 13; Paul Guihal, 13; Guillain, 15; Girbe, 14; Fiocre, 5; Gibert, 12; Géraud, 13; Fouqué, 9;

rhinite pseudo-membraneuse, [illegible]
gine). Depuis qu'on a commencé à faire méthodiquement l'é
men bactériologique des mucus nasal et pharyngien (treize f

Questions sorties : *Configuration extérieure et rapports de l'œsophage. Description de la surface extérieure du rocher. Artère carotide externe. Symptômes et diagnostic de la fièvre scarlatine. Thoracentèse. Symptômes et traitement de l'hydrocèle de la tunique vaginale. Des adénites suppurées.*

PRIX DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Prix de 1895.

(Suite.)

PRIX MÈGE. — 900 fr. (Triennal.)

Question : *De la pathogénie des myocardites.*

Trois mémoires ont concouru.

Le prix est décerné à MM. les docteurs Weber et Blind (de Paris), pour leur travail fait en collaboration.

PRIX METNOT aîné père et fils, de Donzère (Drôme). — 2,600 fr. (Annuel.)

Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies des yeux.

Dix ouvrages ont été adressés pour ce concours.

L'Académie partage le prix de la manière suivante :

1° 1,200 fr. à MM. les docteurs Terson et Cuénod (de Paris), pour leur travail intitulé : *Bactériologie clinique de l'œil ;*

2° 600 fr. à M. le docteur Demicheri (de Paris), pour son mémoire sur le *Faux lenticone.*

L'Académie accorde, en outre :

1° Une mention honorable avec une somme de 400 fr. à M. le docteur Morax (de Paris), pour ses *Recherches bactériologiques sur l'étiologie des conjonctivites aiguës ;*

2° Une mention honorable avec une somme de 400 fr. à MM. les docteurs Macé de Lépinay et Nicati (de Marseille), pour leur travail sur la *Théorie de la couleur.*

PRIX ADOLPHE MONBINNE. — 1,500 fr.

M. Monbinne a légué à l'Académie une rente de 1,500 fr., destinée « à subventionner, par une allocation annuelle (ou biennale de préférence), des missions scientifiques d'intérêt médical, chirurgical ou vétérinaire.

« Dans le cas où le fonds Monbinne n'aurait pas à recevoir la susdite destination, l'Académie pourra en employer le montant soit comme fonds d'encouragement, soit comme fonds d'assistance, à son appréciation et suivant ses besoins. »

Quatre ouvrages ont été présentés.

L'Académie décerne :

1° Un prix de 1,000 fr. à M. le docteur L. Petit (de Paris), pour son mémoire intitulé : *Le phtisique dans les principaux pays d'Europe* (notes de missions) ;

2° 500 fr., à titre d'encouragement, à M. le docteur Loir (de Tunis), pour son *Rapport sur une mission scientifique en Tunisie ;*

3° Une mention honorable à M. le docteur Mauclaire (de Paris), pour ses *Observations au cours d'un voyage chirurgical en Suisse, Autriche-Hongrie et Allemagne.*

PRIX NATIVELLE. — 300 fr. (Annuel.)

Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur mémoire ayant pour but l'extraction du principe actif défini, non encore isolé, d'une substance médicamenteuse.

Un seul mémoire a été adressé à l'Académie ; il n'y a pas lieu de décerner le prix.

PRIX OULMONT. — 1,000 fr. (Annuel.)

Ce prix sera décerné à l'élève en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or médecine) au concours annuel des prix de l'Internat.

M. Gouget, interne des hôpitaux de Paris, a obtenu le prix.

PRIX PERRON. — 3.800 fr. (Quinquennal.)

Ce prix sera décerné à l'auteur du mémoire qui paraîtra à l'Académie le plus utile au progrès de la médecine.

Dix-neuf ouvrages ont concouru.

Un prix de 1,800 fr. est décerné à M. le docteur Sabouraud (de Paris), pour son livre intitulé : *Les trichophyties humaines.*

L'Académie accorde, en outre, à titre d'encouragement :

1° 600 fr. à M. le docteur Paul Londe (de Paris), pour son travail sur les *Maladies familiales du système nerveux ;*

2° 600 fr. à M. le docteur Rénon (de Paris), pour ses *Recherches cliniques et expérimentales sur la pseudo-tuberculose aspergillaire ;*

3° 400 fr. à M. le professeur Laskowski (de Genève), pour son *Atlas iconographique de l'anatomie normale du corps humain ;*

4° 200 fr. à M. le docteur Halipré (de Rouen), pour son mémoire intitulé : *La paralysie pseudobulbaire d'origine cérébrale ;*

5° 200 fr. à M. Vaudin, pharmacien à Fécamp.

En outre, une mention honorable a été accordée à M. le docteur Perregaud (de Paris), pour son *Etude sur 249 cas de diphtérie traités par le sérum antidiphtérique à l'hôpital Trousseau.*

PRIX PORTAL. — 600 fr. (Annuel.)

Question : *Anatomie pathologique des tumeurs de la parotide.*

Un seul mémoire, sur ce sujet, a été soumis à l'examen de l'Académie.

Le prix n'est pas décerné, mais il est accordé une somme de 300 fr. à M. le professeur G. Nepveu (de Marseille).

PRIX POURAT. — 1,200 fr. (Annuel.)

Question : *Déterminer expérimentalement le mode de contraction et d'innervation des vaisseaux lymphatiques.*

Deux mémoires ont été présentés au concours.

Le prix est décerné à M. le docteur L. Camus (de Paris).

L'Académie accorde, en outre, une mention honorable à M. et Mme Cristiani, docteurs en médecine (de Genève), pour leur mémoire fait en collaboration.

PRIX PHILIPPE RICORD. — 600 fr. (Bisannuel.)

Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage, paru dans les deux ans, sur les maladies vénériennes.

L'Académie a reçu quatre ouvrages pour ce concours.

Le prix est partagé entre :

1° M. le docteur P. Guiard (de Paris), pour son livre sur *La blennorrhagie chez l'homme ;*

2° M. le docteur J. Sottas (de Paris), pour son ouvrage intitulé : *Contribution à l'étude anatomique et clinique des paralysies spinales syphilitiques.*

Des mentions honorables sont, en outre, accordées à :

1° M. le docteur Carry (de Lyon), pour son *Etude sur la blennorrhagie de la femme ;*

2° M. le docteur E. Ehlers (de Copenhague), pour son mémoire sur *La syphilis tertiaire.*

PRIX VERNOIS. — 700 fr. (Annuel.)

Ce prix sera décerné au meilleur travail sur l'hygiène.

Seize ouvrages ont concouru.

L'Académie partage le prix entre :

1° M. le docteur Blaise (de Montpellier), pour son mémoire sur *Les égouts de la ville de Montpellier ;*

2° M. le docteur A. Cartier (médecin de la marine), pour son livre : *L'hygiène à Toulon.*

Des mentions honorables sont, en outre, accordées à :

1° M. le docteur Ciaudo (de Nice), pour son mémoire sur *La Maternité Lion à Nice ;*

2° M. le docteur A. Legrand (médecin de la marine), pour son travail sur *L'hygiène des troupes européennes aux colonies et dans les expéditions coloniales ;*

3° M. Detroye, médecin vétérinaire à Limoges, pour ses *Recherches sur les poussières industrielles ;*

66e Année. 9e Série. Tome II. — N° 52 — 28 Décembre 1895

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : Dr F. de RANSE — *Rédacteur en chef :* Dr Pierre SEBILEAU

Secrétaire de la Rédaction : M. Em. ÉMERY

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 28, rue Vignon

POLÉMIQUE

Mardi dernier, le vingt-quatre décembre de l'an mil huit cent quatre-vingt-quinze, à huit heures du soir, j'ai reçu, par ministère de Marie-Joseph-Philippe Ormaux, huissier près le tribunal civil de la Seine, demeurant à Paris, rue Saint-Honoré, 243, la lettre suivante :

Paris, le 23 décembre 1895.

A Monsieur P. Sebileau, rédacteur en chef de la Gazette Médicale.

Mon cher collègue,

Je vous prie et en même temps, je requiers le rédacteur en chef de la *Gazette Médicale* de publier à la première colonne et dans le prochain numéro de la *Gazette* à la place même où a paru la première « Lettre bibliographique et critique » et en mêmes caractères, la petite histoire et l'intéressante correspondance qui suivent.

A deux reprises (numéros des 7 et 21 décembre), la *Gazette Médicale* a publié, à propos du Traité d'anatomie humaine, dont je dirige la publication, de longues « Lettres bibliographiques et critiques » signées « Docteur Bee » dans lesquelles dessins et texte de ce traité sont critiqués avec un soin particulier et une grande sévérité.

Je ne puis vous dire si ces critiques ont été goûtées : je crois volontiers que le journal s'est bien vendu. En effet, les libraires du quartier affichaient le journal et annonçaient l'article en lettres flamboyantes : **Lire l'article du Dr P. Sebileau.**

J'ai lu pendant deux jours cette alléchante affiche à l'étalage de la librairie Ollier-Henry, ma voisine de la rue de l'Ecole-de-Médecine. A coup sûr la vente a dû marcher.

Cependant, je dois reconnaître que les nombreux élèves de l'Ecole pratique ne paraissaient attacher à la chose qu'une importance médiocre, en rapport avec sa valeur.

Pour moi, il me répugnait de croire que ces lettres fussent de vous.

En tout cas, l'allure personnelle et injurieuse de cette critique (?), allure qui s'est accentuée dans la dernière « Lettre », m'imposait le devoir d'en avoir le cœur net.

C'est pourquoi j'adressai deux amis au Rédacteur en chef de la *Gazette Médicale*.

Il n'est tel que de parler clairement pour s'entendre.

En effet, à partir de ce moment, l'histoire devient d'une clarté et d'une banalité désespérantes.

N'était le vif désir que j'ai de vous aider à dégager la responsabilité d'un agrégé de la Faculté, fâcheusement compromis en cette sotte affaire par l'opinion publique égarée, je n'eusse point exigé la publication de ces documents dans votre journal.

Les esprits moroses regretteront que vous ouvriez les colonnes de votre journal à des articles injurieux pour l'un de vos collègues, après vous être garanti contre les suites possibles de l'injure. Ils s'étonneront que dans la préface de ces mêmes lettres, vous donniez à ce même collègue le titre d' « *ami* ».

Braves gens qui ne savent pas comment l'usage courant et abusif de certains vocables leur a ôté toute valeur en les détournant de leur signification première. De grâce, ne me rangez point parmi ces fossiles.

Voici la correspondance échangée à ce sujet entre mes amis et moi :

« Paris, 22 décembre 1895.

» Cher ami.

« Conformément à la mission dont vous nous aviez » chargés, nous nous sommes rendus aujourd'hui chez » M. Pierre Sebileau, rédacteur en chef de la *Gazette Médicale*, pour lui demander le nom de l'auteur anonyme » des *Lettres bibliographiques et critiques*, qui ont éveillé » vos justes susceptibilités, si toutefois il n'entendait pas » en accepter la responsabilité.

» M. Sebileau nous a répondu qu'en toutes circonstances » il respectait l'anonymat de ses collaborateurs, mais

» qu'en présence de témoins réclamant une satisfaction, il » ne devait pas hésiter.

» M. Sebileau nous a déclaré, en nous demandant de » prendre acte de ses paroles, qu'il avait prévenu l'auteur » des articles qu'il vous livrerait son nom si vous exigiez » une réparation.

» M. Sebileau nous a donc fait connaître que l'auteur » des lettres signées : Dr Bee, qui motivaient notre visite, » s'appelle en réalité M. Devy, qu'il n'est pas médecin, » comme le pouvaient faire supposer le titre et la forme de » sa critique, mais dessinateur. Croyez, cher ami, à nos » plus affectueux sentiments.

» *Signé* : Robert Mitchell; Alf. Edwards. »

J'ai répondu :

« *A Messieurs Robert Mitchell et Alf. Edwards.*

» Mes chers amis,

» J'aurais dû me douter de la collaboration du susnommé » M. Devy. Ce Devy est, en effet, un dessinateur des ser- » vices duquel il m'a fallu me priver, après l'avoir essayé » pendant quelque temps.

» On ne saurait lui demander de trouver bons des dessins » pour la confection desquels je l'ai jugé inapte. Un dessi- » nateur n'est pas un ange !

» Par contre, je n'aurais jamais cru qu'il pût devenir si » rapidement un anatomiste consommé et connaissant par » le menu les faits et l'histoire, capable de parler en » maître difficile et d'offrir à la *Gazette Médicale* un chro- » niqueur scientifique de si grande et chatouilleuse enver- » gure.

» Les *Lettres bibliographiques et critiques* pouvaient me » chagriner et m'offenser, lorsque l'opinion publique et » les affiches des librairies les attribuaient à un de mes » collègues à la Faculté et aux hôpitaux.

» Ces mêmes lettres, dans les conditions désormais » connues, perdent toute importance. Elles ne sont plus » pour m'être désagréables, au contraire. — et encore » moins pour m'offenser.

» Pardonnez-moi, mes chers amis, de vous avoir » dérangés pour si peu, et croyez à ma reconnaissante » amitié.

» *Signé* : Paul Poirier. »

Je vous laisse, mon cher collègue, le soin de tirer la moralité de tout ceci et vous prie de croire à mes senti- ments de parfaite confraternité.

Signé : Paul Poirier.

Au reçu de la lettre de M. P. Poirier, j'ai prié deux de mes amis de donner telle suite qu'ils jugeraient convenable à l'incident qu'elle soulevait.

Voici la lettre qu'ils m'ont écrite :

Paris, 25 décembre 1895.

Mon cher ami,

Après avoir reçu la sommation que M. le Dr P. Poirier vous a adressée par ministère d'huissier, vous nous avez confié le mandat de donner telle suite que nous jugerions convenable à cet incident.

La situation est simple : des articles signés Dr Bee ont été publiés par un rédacteur déjà ancien de la *Gazette Médicale*. L'auteur de ces articles vous a prié publiquement et fermement de donner son nom aux témoins de M. Poirier, si vous receviez leur visite.

Vous n'avez donc eu qu'à exécuter les conventions passées entre votre collaborateur et vous et à déférer à son désir formel.

Nous estimons qu'il vous reste à publier, conformément à la loi, les documents envoyés par M. le Dr P. Poirier, à rappeler aux lecteurs de la *Gazette Médicale* quel a été votre rôle dans cette affaire et à modérer, autant que possible, l'ardeur de la polémique engagée dans le journal dont vous êtes le rédacteur en chef.

Veuillez croire, mon cher Sebileau, à nos sentiments de vive amitié.

Dr G. Lepage. Dr R. Pichevin.

Je dois, maintenant, quelques explications aux lecteurs de la *Gazette Médicale*. Les voici :

Premièrement. — Chacun sait que je signe *scrupuleusement* tous mes articles. Dans ces articles je dis tout ce qu'il me plaît de dire et comme il me plaît de le dire; je ne passe pas, je crois, pour avoir coutume, quand j'ai une opinion à défendre, de faire appel à la prose de mes amis. J'entends assumer la pleine et entière responsabilité de tout ce que j'écris et ce que j'écris est facile à reconnaître : je signe.

Secondement. — La *Gazette Médicale* est un journal libre; ses colonnes sont ouvertes à tous les écrivains que j'estime ou que mon directeur et ami, M. de Ranse, estime compétents en la matière qu'ils traitent. Quand les collaborateurs de la *Gazette Médicale* signent leurs articles, la chose est simple : ils sont responsables. Quand ils ne les signent pas, voici dans quelles conditions j'accepte l'insertion des manuscrits : ou bien je me réserve le droit de révision et de correction et, dans ce cas, je couvre mes collaborateurs; ou bien je m'engage à ne faire dans ces manuscrits ni coupure ni addendum, et, dans ce cas, l'auteur sait, et, au besoin, je lui rappelle, qu'il écrit à ses risques, avantages et périls. C'est dans ces dernières conditions que j'ai consenti l'insertion dans la *Gazette* des articles du docteur Bee.

Troisièmement. — Quand le Dr Bee m'a remis son premier article, il m'a tenu, après explications entre nous, et devant trois témoins, le langage suivant : « Si l'on vous demande le nom de l'auteur, ne le donnez pas; mais si M. Poirier, se considérant comme offensé par mes critiques, vous envoie ses témoins, envoyez-les-moi. » Le jour, donc, où se sont présentés chez moi les amis de M. Poirier, je n'avais qu'une chose à faire, et je l'ai faite; c'était de dire : « L'auteur des *Lettres bibliographiques et critiques* est M. X. »

Quatrièmement. — Il ne viendra, je pense, à l'idée de personne que j'aie sollicité du docteur Bee une critique des ouvrages de M. Poirier. Le docteur Bee m'a porté un article tout fait, un manuscrit prêt pour l'insertion. Je l'ai accepté dans les conditions que l'on sait. Je n'avais donc pas à me prémunir à l'avance contre les suites possibles d'une critique que je n'avais pas provoquée et dont l'auteur se déclarait, au besoin, entièrement responsable.

Cinquièmement. — En ce qui concerne le reproche qu'on pourrait me faire d'avoir accepté d'un dessinateur un article anatomique, je répondrai que le Dr Bee (et je n'entends nullement apprécier ici les critiques qu'il a faites du livre de M. Poirier) est un peu de la famille médicale, puisqu'il est pourvu de seize inscriptions en médecine, qu'il a déjà collaboré à la *Gazette*, qu'il a en mains un traité passé avec un de nos principaux éditeurs pour la publication d'une *Anatomie artistique* et qu'il donne, en ce moment, tous ses soins à une *Histoire de l'Anatomie*. Je n'ai pas pensé que le fait de tenir le pinceau ou le crayon constituât un brevet d'incapacité.

Sixièmement. — La librairie Ollier Henry a eu tort d'afficher que j'étais l'auteur des *Lettres bibliographiques et critiques*. Le lendemain du jour (car ce jour était un dimanche) où j'ai appris ce détail de la bouche d'un des amis de monsieur Poirier, je me suis rendu en personne chez le libraire trop zélé et j'ai fait détruire l'affiche « *aux lettres flamboyantes* ».

Nos lecteurs ont en mains les pièces du procès : ils jugeront.

Pierre Sebileau.

TRAVAUX ORIGINAUX

De la syphilis infantile (1).

Par le Dr Boulengier.

(*Suite et fin.*)

VI. — Interprétation de la prétendue syphilis conceptionnelle

Il est donc plus que probable, sinon démontré, que la syphilis par conception repose sur une impossibilité embryologique et cette opinion sera vraie aussi longtemps qu'on n'aura pas démontré le contraire, c'est-à-dire la possibilité pour des microbes ayant pénétré dans un ovule de rester vivre, de ne pas être soit détruits, soit éliminés ou de ne pas provoquer des déviations embryogéniques radicales, aboutissant à l'avortement ovulaire précoce.

Ceci étant établi et si je m'en tenais à cette simple démonstration négative, on pourrait me demander comment j'explique les faits cliniques décrits sous le nom de syphilis conceptionnelle. Cette explication ne me paraît pas difficile, et je m'étonne qu'elle n'ait pas été donnée, que je sache.

On dit que la syphilis conceptionnelle se distingue de la syphilis ordinaire, en ce que la porte d'entrée n'en est pas trouvée, quelque minutie qu'on mette à la rechercher. Mais on oublie que dans un grand nombre de cas de syphilis acquise, chez la femme surtout, on aboutit au même résultat négatif.

J'en ai, pour ma part, de nombreuses preuves cliniques, et M. le Dr Bayet, adjoint au service de syphiligraphie à l'hôpital Saint-Pierre, me disait que d'après ses statistiques, il en était ainsi dans un sixième des cas en moyenne. Que prouve donc cet argument ? Absolument rien.

On dit aussi que cette syphilis a quelque chose de spécial parce que, dans la majorité des cas, elle est muette, latente. Mais Fournier lui-même, n'admet-il pas cette syphilis latente pour la vérole ordinaire, et ne savons-nous pas tous que la syphilis, surtout depuis quelque vingt ans, se présente souvent sous une forme très bénigne, très atténuée et s'accompagnant à peine, à la période de généralisation et de réaction, de quelques symptômes légers, auxquels les patients ne font guère attention ? Et, encore une fois, c'est plus fréquemment chez la femme que chez l'homme que cette bénignité relative de la maladie s'observe.

Enfin, il y a lieu, dans l'interprétation des phénomènes, de tenir compte de l'état de grossesse. Pour bien vous faire saisir ma pensée, je vous relaterai le cas suivant :

D..., marié depuis quelques années, sans enfant, n'a jamais eu d'antécédents vénériens d'aucune sorte. Au quatrième mois de la grossesse actuelle de sa femme, il contracte un chancre induré et la syphilis qui évolue d'une façon absolument classique. La grossesse de sa femme continue et, comme il avait été recommandé au mari de ne plus avoir de rapports avec sa femme, et surtout que d'autre part celle-ci ne présentait aucun accident local ou général suspect, je la laisse évoluer sans traitement. La grossesse va jusqu'à terme, mais l'enfant qui naît est petit, souffreteux et atteint de lésions manifestement syphilitiques (pemphigus, lésions papulo-érosives autour des orifices naturels et du nombril, rhinite). Chose curieuse, la mère, au moment de l'accouchement, paraissait encore en parfaite santé, et ce n'est que quatre semaines plus tard que la syphilis manifeste son existence par de la roséole, des symptômes papulo-squameux, des syphilides muqueuses, etc.

Eh bien, dans ce cas, il ne s'agit pas de syphilis conceptionnelle, puisque le père n'a contracté la syphilis que lorsque son enfant vivait déjà depuis quatre mois dans le sein de sa mère. L'enfant, d'autre part, n'a pu être contaminé par le sperme ou les sécrétions spécifiques du père pendant le coït (il y a là une impossibilité anatomique matérielle qui détruit cette hypothèse, émise cependant il y a longtemps, alors qu'on ne faisait que soupçonner la situation réciproque de la mère et du fœtus et les organes qui leur sont propres), il tient donc la syphilis de la mère, qui a été contaminée par le père. Or, cette syphilis de la mère, contractée vers le cinquième ou le sixième mois de la grossesse, est restée absolument muette chez elle jusque quatre semaines après l'accouchement, tandis que l'enfant est né en pleine éruption spécifique.

J'explique ce fait en disant que la syphilis chez la mère a concentré toute son activité sur cet organe nouveau, en pleine activité, le placenta, dont les lésions vasculaires ont permis la contamination du fœtus ; en outre, la syphilis trouvant chez le fœtus, être jeune, en pleine évolution formative, un terrain propice à son développement, s'est manifestée sans tarder par ses lésions caractéristiques. Je pense aussi qu'il y a lieu d'admettre une certaine influence immunisante du fœtus sur la mère ; car, si la physiologie nous enseigne que de la mère au fœtus, et réciproquement, il n'y a pas transfert d'éléments organisés, cellulaires, elle a établi qu'il y a échange d'éléments liquides ou dissous du sérum ; je pense, dis-je, qu'il est logique d'admettre qu'un fœtus en pleine évolution syphilitique peut exercer une influence immunisante sur sa mère, en faisant passer dans le sang de cette dernière les éléments de son sérum qui, vraisemblablement, est la cause du fait bien connu que la vérole ne se dédouble pas.

A la lumière de ces connaissances, il me paraît donc possible de donner de la syphilis par conception une interprétation rationnelle sans avoir recours à l'hérédité primitive paternelle, et en admettant toujours la syphilis préalable de la mère.

Remarquons, d'ailleurs, que presque tous les cas de syphilis conceptionnelle se rapportent à des pères autrefois syphilitiques, dont la maladie est déjà plus ou moins ancienne et dont les accidents marchent vers le tertiarisme ou ont tout au moins perdu de la grande virulence des premiers accidents.

Serait-il téméraire d'imaginer que dans ces cas l'incubation chez la femme peut être plus longue : que le

(1) Extrait de la *Presse Médicale Belge*, nov. 1895.

nombre des microbes transmis est plus restreint ou que, leur virulence étant atténuée, il faille un temps plus long pour qu'ils agissent? Et alors voici ce qui arriverait :

La mère est infectée peu avant ou au début de la grossesse, la syphilis se généralise chez elle, mais elle reste plus ou moins latente ; elle n'incommode pas la mère, ou tout au moins, elle concentre ses effets et ses lésions sur ce centre d'activité physiologique et de formation organique nouvelles, le placenta, qui doit être un excellent terrain de culture : le fœtus est contaminé, et organisme faible quoique prolifère, il devient la proie facile de l'ennemi, tandis que par les échanges séreux qu'il effectue avec sa mère, il atténue chez elle momentanément les effets de la maladie ou l'immunise pour un temps plus ou moins long.

Voilà, Messieurs, mon hypothèse.

Hypothèse pour hypothèse, je crois que celle-ci vaut bien l'autre et qu'elle tient mieux compte des récentes données de la chimie biologique et de la bactériologie : en tout cas, elle ne se heurte pas aux impossibilités physiologiques et embryologiques, que j'ai eu l'honneur de développer précédemment.

Et, Messieurs, quand on y réfléchit un instant, on se convainc bientôt que si la syphilis par conception et l'hérédité paternelle directe existaient réellement, la loi de Colles-Baumès ne pourrait toujours se vérifier, comme c'est le cas. On proclame comme une loi immuable, constante, qu'un nouveau-né syphilitique ne peut jamais contagionner sa mère.

Or, il y a des exemples de femmes syphilitiques qui engendrent un enfant sain (contagionné après la naissance par une nourrice) entre deux enfants syphilitiques.

Une femme syphilitique ne transmet donc pas toujours et fatalement la maladie au fœtus qu'elle porte dans son sein. Pourquoi un enfant créé syphilitique de par son père donnerait-il toujours la syphilis par conception à sa mère? Les mêmes relations anatomiques et nutritives existent dans l'un et l'autre cas, et l'on ne comprend donc pas comment il se ferait que la mère étant primitivement syphilitique, elle ne transmettrait pas toujours la maladie au fœtus, tandis que le fœtus étant primitivement syphilitique de par son père, il infecterait toujours sa mère.

Ceci revient à dire que si la syphilis héréditaire paternelle pouvait exister seule, il devrait fatalement arriver des cas où la mère serait épargnée par l'enfant, comme celui-ci l'est quelquefois par la mère, et où la loi de Colles ne serait pas vérifiée. Or, elle est toujours vérifiée, dit-on, ce qui est un argument de plus contre l'origine paternelle de la syphilis par conception et en faveur de l'opinion de ceux qui prétendent que la mère est toujours contaminée avant son enfant.

⁂

J'entends déjà les doléances et les reproches qu'une semblable opinion ne manquera pas de susciter et je veux y répondre d'avance. Mais, me dira-t-on, ne voyez-vous pas le danger social que vous allez déchaîner en affirmant que la syphilis héréditaire paternelle n'est pas possible ? « Ce qui retient l'homme syphilitique de se marier, c'est moins de contaminer sa femme (il peut l'éviter assez souvent quand il a des lésions ulcéreuses, muqueuses), mais de procréer des enfants syphilitiques. Otez cette crainte, cet épouvantail, ce frein salutaire, et les mariages se multiplieront au grand préjudice des enfants, au danger des mères, des nourrices, etc. »

Cette objection ne peut nous émouvoir ; d'abord parce que la science a pour premier devoir de rechercher et de proclamer la vérité toute entière ; ensuite parce que ce même raisonnement reste toujours debout.

Pour nous, si le père ne peut pas directement donner la syphilis à son enfant par l'intermédiaire du spermatozoïde, nous sommes persuadé qu'il la transmet souvent à sa femme, non pas seulement par les sécrétions de lésions grossières, manifestes, douloureuses et sécrétantes, mais aussi par des éraillures muqueuses, des lésions absolument superficielles et souvent ignorées et nous défendons le mariage pendant aussi longtemps et avec les mêmes arguments que ceux qui acceptent l'hérédité spermatozoïdique et la syphilis par conception.

Enfin, Messieurs, si la syphilis héréditaire paternelle et maternelle n'existent pas, si toujours, d'après nous, il s'agit de syphilis congénitale, acquise *in utero*, si l'enfant n'est pas procréé, mais contaminé syphilitique par la mère, nous n'en estimons pas moins qu'il existe tout un lot de maladies par dégénérescence, que le père, aussi bien que la mère syphilitiques, transmettent aux enfants par hérédité.

Je veux parler de ces accidents infantiles, précoces ou tardifs, que Fournier a appelés les accidents parasyphilitiques héréditaires et qui, pour nous, constituent la véritable hérédité syphilitique.

Le temps nous manque, et d'ailleurs nous ne ferions que transcrire le tableau des ouvrages classiques, pour rappeler toutes les affections, tous les troubles morbides, toutes les aptitudes et prédispositions pathologiques que les parents syphilitiques transmettent héréditairement à leur progéniture.

Le rachitisme, la débilité organique, le tempérament lymphatique, la prédisposition à la scrofulo-tuberculose, l'arrêt de développement, l'idiotie, l'épilepsie, l'hystérie, l'aliénation mentale, etc., etc., toute la kyrielle des maladies et des prédispositions que la misère physiologique des parents peut faire éclore chez les descendants.

VII. — CONCLUSIONS GÉNÉRALES

I.—Par syphilis infantile, il faut entendre la syphilis des enfants, ni plus ni moins.

La syphilis infantile peut être acquise ou congénitale.

II.—La syphilis héréditaire, dans le sens de transmission de la maladie par l'ovule ou le spermatozoïde, n'est pas démontrée.

III.—La syphilis par conception, dès lors, n'est pas démontrée non plus et elle paraît reposer sur une impossibilité embryologique.

IV. — La syphilis congénitale serait donc une syphilis acquise *in utero*.

V. — L'hérédité syphilitique embrasse tous les accidents dits parasyphilitiques que des parents, dont la constitution est minée, ébranlée par la vérole, peuvent transmettre héréditairement à leur progéniture : débilité générale, rachitisme, terrain scrofuleux-tuberculeux, idiotie, névroses, aliénation mentale, etc.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

La prochaine séance aura lieu le mercredi 8 janvier.

M. Bazy, à propos du dernier compte rendu; nous demande une rectification; nous la donnerons dans le prochain numéro.

P. S.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Seance du 24 décembre 1895.

Sur la ponction et l'incision du péricarde.

M. Delorme. — Voici les résultats des études que nous avons entreprises, M. Mignon et moi, sur un important sujet de pratique chirurgicale : La ponction et l'incision du péricarde.

Les procédés que nous avons imaginés mettent à l'abri de complications, en évitant autant ou plus que les autres et l'atteinte du poumon et celle du cœur et celle de la mammaire interne gauche.

Pour la ponction, après avoir porté, à cheval sur le bord sternal gauche au niveau du cinquième espace ou du quatrième (quand le cinquième est trop étroit), une petite incision cutanée, nous engageons l'aiguille d'un aspirateur de Dieulafoy ou de Potain, au ras du sternum. L'aiguille suit exactement le bord sternal, puis la face postérieure de cet os dans une étendue d'un centimètre ; cela fait, elle est poussée directement en bas et un peu en arrière. à une profondeur de quelques centimètres, jusqu'à ce que le liquide pénètre dans l'aspirateur.

L'aiguille, longeant la face antérieure du cœur, pénètre dans le sinus péricardique antéro-inférieur haut et profond de quelques centimètres, limité par le cœur en haut, le diaphragme en bas et le péricarde en avant.

La caractéristique de notre mode d'incision réside dans le décollement et la reclinaison du bord pleural gauche, recherché de parti pris, derrière le sternum. Ce bord, protégé souvent par un bourrelet graisseux, n'est uni que par de faibles adhérences à la face extérieure du péricarde.

Les cinquième et sixième espaces étant trop étroits en longueur et en largeur, dans leur partie sterno-mammaire, pour permettre la recherche et le dégagement de la plèvre, nous excisons, à la pince-gouge, deux centimètres des sixième et cinquième cartilages. à partir du bord sternal ; nous dégageons les intercostaux de ces espaces, puis les attaches du triangulaire, protecteur de la plèvre, au ras du sternum. Cela fait, avec la pulpe de l'index, nous rasons la face antérieure du péricarde, puis sans chercher à voir la plèvre, nous décollons son bord et la reclinons en dehors avec le triangulaire, les vaisseaux mammaires et les parties molles pariétales. Dans le fond de la plaie, longue de 6 centimètres, large de 3 centimètres environ, le péricarde, reconnaissable à sa couleur d'un blanc nacre, est saisi, coupé en dédalant au niveau du sinus péricardo-diaphragmatique, puis incisé sur la sonde cannelée, dans l'étendue de 3, 4, 5 centimètres.

La perte des attaches sternales des cinquième et sixième cartilages que nous faisons subir à notre opéré, si elle avait quelque inconvénient, serait atténuée par une disposition anatomique qu'il est bon de rappeler ici. Indépendamment de son attache directe au sternum, le sixième cartilage chondro-costal est uni au septième, à cinq centimètres du bord sternal, par une jetée cartilaginense, large de plusieurs centimètres. Lors donc qu'on a soin de conserver les attaches sternales du septième cartilage, le sixième reste encore médiatement en rapport avec le sternum. Cette insertion indirecte se retrouve chez tous les sujets. Parfois une jetée cartilagineuse semblable réunit les sixième et cinquième cartilages. Nous ne faisons donc que le sacrifice d'une attache sternale, lorsque la jetée du cinquième cartilage manque. Or. il paraît difficile d'opposer les inconvénients de ce minime traumatisme aux avantages qu'en retire l'acte opératoire au triple point de vue de sa facilité, de sa sécurité et de la protection certaine de la plèvre gauche.

La conclusion de nos recherches, nous l'avons tirée déjà : Les procédés de ponction et d'incision péricardiques usuellement suivis exposent à l'ouverture de la plèvre gauche. Pour éviter cette dernière, il est indiqué d'aller la chercher derrière le sternum et de la récliner avant de sectionner le péricarde.

Sur le traitement du tétanos.

M. Berger a lu un rapport sur quatre observations de tétanos communiquées à l'Académie par M. Le Roy des Barres.

La première de ces observations était celle d'un malade atteint d'une petite plaie de la face par coup de pierre; quatre jours plus tard, trismus et paralysie de la face, du côté correspondant. Au bout de huit jours, le tétanos a été généralisé et la mort est survenue le seizième jour. Pour M. Berger, ce premier cas de tétanos doit être mis dans le groupe des faits semblables signalés par Gosselin. Terrillon. Reclus, Villar, etc.

Dans la seconde observation, il s'agit d'une femme, matelassière, qui contracta un tétanos mortel après avoir fait le matelas d'un tétanique en voie de guérison. Cette malade portait au pied une petite plaie. Le rapporteur, à ce sujet, considère que si la transmission du tétanos est probable, il n'existe cependant pas d'expériences pour le démontrer.

Dans la troisième observation, il s'agit d'un malade atteint de plusieurs fractures fermées et de plaies contuses superficielles qui mourut de tétanos, malgré les injections de sérum antitoxique. M. Berger profite de cet insuccès pour rappeler qu'il a signalé, à deux reprises, à l'Académie, les insuccès pour ainsi dire constants des injections de sérum antitétanique. La méthode de Tizzoni-Cattani aurait, par contre, donné de nombreux succès en Italie, en Allemagne et surtout en Angleterre.

M. Berger ne doute cependant pas de la valeur des injections de sérum dans la prophylaxie du tétanos. Il est, à ce sujet, entièrement de l'avis de M. Nocard, qui pense que le sérum antitétanique a une valeur préventive, mais non curative. M. Berger n'admet pas, néanmoins, que cette valeur préventive puisse se montrer dans nos pays où les blessés ont une faible crainte du tétanos et apportent la plus grande négligence à faire soigner leurs plaies.

Conclusion : ne pas s'attarder à l'emploi des méthodes sérothérapiques du tétanos, mais songer de bonne heure au traitement chirurgical, l'amputation portée aussi loin qu'il sera possible et dont les effets sont maintes fois merveilleux, ainsi que le prouve la quatrième et dernière observation publiée par M. Le Roy des Barres.

Dans cette observation, il s'agit d'un malade qui fut pris de tétanos grave onze jours après une plaie contuse du doigt. Le lendemain, M. Le Roy des Barres pratiqua l'amputation du doigt, et le malade guérit.

En 1892 et en 1893, M. Berger a déjà rapporté des faits semblables. Tout cela prouve que l'amputation met le blessé dans les meilleures conditions pour la guérison du tétanos. Quand, enfin, par le fait d'une lésion traumatique grave, la question d'amputation se pose, l'apparition du tétanos doit faire pencher la balance en faveur de l'intervention.

De l'immunité vaccinale et du pouvoir immunisant du sérum de génisse vaccinée.

M. Béclère. — J'ai fait, avec **MM. Chambon** et **Ménard**, des recherches expérimentales desquelles il résulte que le sérum d'une génisse vaccinée, retiré au moment où les pustules sont sèches, c'est-à-dire en dehors de toute virulence, confère l'immu-

nité contre la vaccine. Cette action immunisante est due à des substances solubles.

L'immunité ainsi conférée se montre rapidement, aussitôt l'injection du sérum de génisse. On sait, au contraire, que l'immunité obtenue par la voie sous-cutanée s'exerce d'une façon lente.

L'action du sérum de génisse est donc préventive, mais elle est aussi curative, puisqu'elle se manifeste deux jours après l'inoculation.

Deux signes se montrent après cette inoculation : *a)* un arrêt de développement plus ou moins prononcé des éléments éruptifs ; *b)* une atténuation plus ou moins complète de la virulence de leur contenu.

Quand on injecte ce sérum sous la peau d'un animal à une dose qui ne dépasse pas le centième de son poids, immédiatement avant la vaccination, ce sérum confère à cet animal une immunité suffisante pour rendre stériles la plupart des inoculations, pour faire avorter les pustules vaccinales et rendre stérile le contenu des éléments pustuleux qui peuvent se développer.

De tous ces faits, je conclus que l'on peut tenter la sérothérapie de la variole et remplacer les inoculations sous-cutanées de la vaccine par les injections de sérum de génisse vaccinée.

Sténose annulaire non cancéreuse du côlon descendant.

M. Folet (de Lille) communique l'observation d'une malade, morte à la suite d'un rétrécissement annulaire du côlon descendant, que l'auteur, sans qu'il y ait eu d'examen microscopique, veut cependant rapporter non à de la dégénérescence cancéreuse, mais à une simple stricture cicatricielle consécutive à un sphacèle annulaire de la muqueuse, lequel aurait été provoqué luimême par le séjour longtemps prolongé de matières fécales durcies dans le gros intestin.

Contagion par le livre.

MM. Du Cazal et Catrin ont fait des expériences qui démontrent qu'il y a un réel danger à manier des livres ayant séjourné entre les mains des malades atteints d'affections contagieuses.

Il importe donc de désinfecter ces livres. Pour opérer cette désinfection, ces auteurs pensent qu'il faut donner la préférence aux vapeurs de formaldéhyde et au passage à l'étuve, mais les livres brochés seuls ne seront pas détériorés par ce procédé.

Diphtérie et sérothérapie.

M. H. Monod montre que depuis la distribution du sérum antidiphtérique en France, le nombre des décès causés par la diphtérie s'est abaissé de 65.6 0/0.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 9 décembre 1895.

Morphologie des capillaires lymphatiques des mammifères.

M. L. Ranvier. — J'ai fait des préparations sur le pavillon de l'oreille du rat albinos et j'ai pu examiner sur ces préparations si les culs-de-sac latéraux et terminaux des lymphatiques de la peau sont la véritable origine des lymphatiques ou s'il faut chercher cette origine dans des canaux plus petits qui viendraient s'y ouvrir. J'ai, en effet, constaté que :

Au voisinage du bord libre du pavillon de l'oreille les capillaires lymphatiques forment des culs-de-sac simples ou composés, dont l'ensemble est fort élégant. Ils n'atteignent pas l'épiderme ; ils en sont distants de 1 dixième de millimètre. Leur diamètre est relativement considérable : il a en moyenne 4 centièmes de millimètre et peut atteindre 5 centièmes de millimètre. Ce sont là de grandes dimensions pour des canaux capillaires et qui dépassent de beaucoup celles des capillaires sanguins. Jamais, à moins qu'il ne se soit produit de diffusion par excès de pression, on ne voit le liquide injecté se répandre au delà de la limite des culs-de-sac terminaux ; on ne voit jamais rien des prétendus canaux plasmatiques, canaux du suc ou canicules qui, d'après certaines conceptions purement théoriques, serviraient d'origine au système lymphatique. Je ne crois même plus à la manière de voir que j'avais adoptée jadis, à savoir que, à l'état normal, les mailles du tissu conjonctif communiquent avec les lymphatiques.

Mécanisme de la contraction musculaire.

M. A. Imbert. — M. d'Arsonval, en 1878, a invoqué les phénomènes dus à la tension superficielle des liquides pour expliquer les changements de forme et les modifications électriques des muscles pendant la contraction. En me fondant sur ce principe, j'ai pu établir des différences très caractéristiques quant au fonctionnement des fibres lisses et des fibres striées. Ces différences sont dues à la structure même de ces fibres et sont en rapport direct avec les dispositions présentées par les deux catégories de fibres et la nature des effets que leur contraction doit produire.

M. d'Arsonval. — Ma théorie explique, en effet, pourquoi la contraction musculaire de la fibre striée est plus rapide que celle de la fibre lisse. Cette différence est liée à la structure de ces deux sortes de fibres musculaires. Dans la fibre musculaire striée, la matière protoplasmique contractile est divisée à l'infini par la striation, la surface de contact, comparée au volume, est énorme, et partant, les variations de la tension superficielle y sont rapides et multipliées. Il en est tout autrement pour la cellule constituant la fibre lisse, la surface de contact est faible et la contraction lente.

La division de la matière protoplasmique est un artifice employé par la nature pour augmenter les effets électro-capillaires. C'est pourquoi on retrouve le même procédé appliqué dans la constitution de l'organe électrique des poissons.

Dispersion de l'acide borique dans la nature.

M. Jay. — De l'ensemble d'expériences sur ce sujet, il résulte que :

1° L'acide borique est répandu sur la plus grande partie, sinon sur la totalité du globe ;

2° Les végétaux absorbent partout, cultivés ou non, sur le sol ou dans les eaux, l'acide borique qu'ils rencontrent ;

3° Cet acide, introduit à petites doses dans l'estomac des animaux, n'est pas assimilé, mais est rejeté avec les urines et les autres déjections.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 20 décembre.

Etude bactériologique de 117 cas d'angine scarlatineuse.

M. G.-H. Lemoine rappelle d'abord les travaux de Bourges et Wurtz, concluant que l'angine précoce de la scarlatine était le plus souvent d'origine streptococcienne, tandis que l'angine tardive était de nature diphtérique. M. Sevestre cependant admettait la possibilité de la coexistence des deux infections dès le début de la scarlatine.

Sur les 117 angines étudiées par M. Lemoine, 70 étaient pseudo-membraneuses et 38 sans exsudat. Une seule était tardive et de nature diphtérique. Il a rencontré :

Dans 102 cas, la présence du streptocoque seul.
Dans 5 cas, le streptocoque associé au bacille de Lœffler.
Dans 8 cas le streptocoque associé au staphylocoque.
Dans 2 cas le streptocoque associé au coli-bacille.

M. Lemoine a employé une technique nouvelle pour l'ensemencement des gorges, qui consiste dans le prélèvement de la matière d'ensemencement fait au sein même de l'amygdale après cautérisation de la surface de l'organe (par ponction de l'amygdale).

Les ensemencements ont été faits sur agar et sur sérum.

64 angines pseudo-membraneuses, ainsi ensemencées par ponction, ont donné :

52 fois le streptocoque seul ;

8 fois le streptocoque associé au staphylocoque ;

1 fois le streptocoque associé au coli.

Dans 43 de ces angines, l'exsudat a été pris simultanément et ensemencé directement :

15 fois le streptocoque seul ;

10 fois le streptocoque et le staphylocoque ;

9 fois le streptocoque et le coli ;

2 fois le streptocoque et le pneumocoque ;

3 fois le streptocoque, le staphylocoque et le coli ;

1 fois le streptocoque, le pneumocoque et le coli ;

1 fois le streptocoque, le pneumocoque et le gros bacille liquéfiant la gélatine ;

3 fois le steptocoque et le bacille de Lœffler.

Dans 15 cas d'angines pseudo-membraneuses, l'exsudat seul a été ensemencé :

10 fois le streptocoque seul ;

2 fois le streptocoque, le pneumocoque et le coli ;

1 fois le streptocoque et le bacille termo.

1 fois le streptocoque et le bacille de Lœffler ;

1 fois le streptocoque le coli et le bacille de Lœffler.

38 angines sans fausses membranes, ensemencées par ponction, ont donné : 38 fois du streptocoque seul.

8 de ces angines ensemencées simultanément par voie directe ont donné :

5 fois le streptocoque et le staphylocoque ;

3 fois le streptocoque et le coli.

M. Lemoine insiste sur la gravité particulière des cas d'association à bacille de Lœffler et à coli-bacille. L'association colibacillaire a produit chez deux scarlatineux les mêmes symptômes que le bacille de Lœffler.

Expérimentalement, la virulence de ce coli-bacille a été trouvée très intense.

Le streptocoque est donc le seul organisme qui se trouve à l'état constant dans les angines scarlatineuses.

M. Lemoine ne croit pas qu'il s'agisse d'un streptocoque spécial ; il lui a paru souvent absolument semblable à celui de l'érysipèle.

L'origine streptococcique n'est pas d'ailleurs spéciale aux angines de la scarlatine ; elle est commune aux angines de nombre d'états infectieux.

Guérison rapide de l'ictus laryngé par l'antipyrine.

M. Merklen en rapporte deux nouvelles observations, l'une de M. Lermoyez, l'autre de M. Tuefferd (de Montbéliard). Il conclut que l'ictus laryngé, produit par des causes locales diverses, relève avant tout d'une prédisposition personnelle névropathique, comparable à l'asthme essentiel. C'est cette sorte de névrose accidentelle qui subirait avec une remarquable rapidité l'influence frénétrice de l'antipyrine.

Le méningisme chez l'enfant.

A l'occasion de la communication de M. Hucbard dans la dernière séance, **M. Comby** cite quatre cas personnels de pseudo-méningite chez des enfants de 14 ans (2), de 4 ans 1/2 et de 9 mois. Chez ces quatre malades il avait posé le diagnostic de méningite tuberculeuse ; or, contrairement aux prévisions, tous ont guéri. Il y avait donc erreur de diagnostic.

Faut-il donc, ajoute M. Comby, renoncer à l'espoir de parfaire le diagnostic de la méningite tuberculeuse ?

Pour résoudre le problème on a proposé en Allemagne la ponction de Quincke, qui consiste à pénétrer dans le canal rachidien, entre deux vertèbres lombaires, et à en retirer une certaine quantité de liquide céphalo-rachidien pour le soumettre à l'examen bactériologique.

Or, quelquefois cette ponction est sèche et partant inefficace. D'autres fois elle réussit, mais la recherche du bacille de Koch ne donne pas de résultat, quoique la méningite soit réellement tuberculeuse. Aussi, quoi qu'on ait déclaré cette opération inoffensive, j'hésite à l'employer d'une façon habituelle et courante.

M. Hayem. — Le méningisme est assez fréquent et son diagnostic avec la méningite, loin d'être difficile, me paraît, au contraire, assez facile. Sans parler, en effet, de l'état très différent du pouls dans les deux cas, un simple examen du sang tranche la difficulté, attendu qu'il y a toujours une augmentation notable de globules blancs du sang dans la méningite tuberculeuse et qu'il n'y a jamais cette leucocythose dans le méningisme (sauf, bien entendu, la concomitance de complications inflammatoires).

Péritonite tuberculeuse ascitique traitée par la ponction suivie du lavage avec de l'eau stérilisée chaude (46°).

Le malade qui fait l'objet de cette observation — adressée à la Société par M. le professeur **Caubet** (Toulouse) — était âgée de 17 ans. Le diagnostic ne paraissait pas douteux. L'épanchement ascitique, qui était assez considérable (7 litres 1/2) et les symptômes de péritonite ont, à la suite du traitement que résume le titre ci-dessus, complètement disparu, et cela depuis une année. M. Caubet employa, pour le lavage du péritoine, dix litres d'eau stérilisée portée à 46°. « Avec l'eau stérilisée chaude, dit-il dans sa note, pas d'accidents à craindre comme dans la laparotomie, pas d'intoxication possible comme avec les injections de liquides antiseptiques (naphtol camphré, sublimé, etc.), et cependant action probablement aussi favorable. »

Le malade dont il s'agit s'est engagé récemment, malgré les conseils de M. Caubet et malgré un poumon plus que douteux.

M. Siredey dit que les cas certains de guérison spontanée de la péritonite tuberculeuse — et il vient d'en observer un dans son service — sont un argument contre la valeur réelle du traitement imaginé par M. Caubet, comme, du reste, contre celle de tous les autres traitements.

M. Rendu. — Sans contester les faits de guérison spontanée de la péritonite tuberculeuse, il me paraîtrait dangereux d'encourager les praticiens à se croiser les bras en pareille occurrence. Récemment encore j'ai eu à soigner une jeune femme atteinte de péritonite ascitique.

Pendant plusieurs mois, on s'était borné à un traitement palliatif, dont quelques petits vésicatoires faisaient à peu près tous les frais. La situation restant la même je me décidai à faire une ponction suivie de l'injection de 5 grammes de naphtol camphré. Je m'étais limité à cette dose — au lieu de celle de 10 grammes que j'emploie habituellement — un peu impressionné que j'étais par ce que M. Netter a rapporté des dangers possibles des injections de cette substance à dose un peu élevée. Or, j'attribue à ma trop grande prudence l'absence d'amélioration que j'eus le regret de constater. Je me décidai alors à faire opérer la malade par mon collègue M. Routier. La laparotomie, avec lavage du péritoine et attouchements iodoformés, modifia si bien la situation que la guérison est prochaine.

M. Merklen. — Le fait suivant est, au contraire, de nature à rendre un peu sceptique sur la valeur de l'intervention chirurcale.

Il se rapporte à une jeune fille de mes clientes qui, en pleine santé apparente, parut faire un kyste de l'ovaire. Trois chirurgiens des hôpitaux, appelés en consultation, posèrent tous ce diagnostic. On opéra donc la malade, mais, à l'ouverture du ventre, en fait de kyste de l'ovaire on trouva une véritable gra-

-nulie péritonéale qui avait évolué sans fièvre, sans douleur, sans aucun trouble de la santé, à tel point que jusqu'à la fin la jeune fille s'était livrée à des jeux et exercices physiques assez fatigants.

Malgré cette laparotomie, avec toilette du péritoine au sublimé, malgré un séjour à la mer, dans le Midi, le liquide se reproduisit et, au bout de deux mois, j'enlevai seize litres par une ponction. Le séjour à la mer fut continué et la guérison obtenue. Le mot de guérison me paraît justifié puisque la ponction dont je parle date de deux ans et que, depuis lors, la malade continue à se porter parfaitement. A mon avis, c'est l'air marin qui a été le véritable agent curateur.

M. Hayem. — Je ferai remarquer, à propos de la note envoyée par M. Caubet, que les injections d'eau stérilisée, qu'il a employées, sont antiphysiologiques. Il est démontré, en effet, que l'eau stérilisée détruit les éléments anatomiques. Resterait à savoir si notre collègue a voulu utiliser cette propriété pour détruire les tubercules péritonéaux de son malade ou s'il a employé l'eau stérilisée chaude simplement parce que chaude et stérilisée. Quoi qu'il en soit, il eût été préférable de recourir à la solution physiologique d'eau salée stérilisée.

Mort par obstruction stercorale du cœcum.

Sous ce titre, **M. Edgar Hirtz** communique l'observation d'un jeune homme de dix-neuf ans, sans antécédents dignes d'être notés, de très bonne santé habituelle, qui entra dans son service avec les signes physiques d'une grosse dilatation stomacale, mais en même temps, avec des phénomènes généraux graves qui allaient tout à fait à l'encontre de ce diagnostic (facies abdominal type, abattement profond, mais sans collapsus, sans hypothermie; soif extrême, inappétence absolue). Le début de tous les symptômes ne remontait pas à plus de quatre à cinq jours. Il y avait constipation depuis lors. Bien que le clapotement stomacal fût des plus nets, le lavage de l'estomac ramena seulement quelques détritus alimentaires et ne soulagea en rien le malade.

M. Hirtz se rattacha à l'idée d'une perforation intestinale probable. La mort survint quatre jours après l'entrée du malade. Autopsie dix-huit heures après la mort : distension considérable de l'intestin grêle, gros intestin en état de vacuité et comme affaissé, mais cæcum très dilaté, rempli de matières fécales très dures, depuis la valvule iléo-cæcale jusque vers le milieu du côlon ascendant. Aucune trace de perforation. Estomac de dimensions normales, alors qu'il avait paru fortement ectasié pendant la vie. Rien dans les autres organes.

Le malade avait donc succombé à une obstruction intestinale causée par une accumulation de matières fécales dans le cæcum. M. Hirtz dit qu'il n'a pas trouvé, dans la littérature médicale, un autre exemple de mort de ce genre à cet âge de la vie (19 ans). L'intérêt de ce cas, dit-il en terminant, réside surtout dans le fait que le rectum et l'S iliaque étaient non seulement libres mais comme affaissés, que l'engorgement stercoral ne s'était pas fait de bas en haut mais bien dans le cæcum, et dans un cœcum normal. L'appendice était également normal.

A relever aussi ce point que le clapotage énorme perçu pendant la vie était produit non par l'estomac, mais par l'intestin grêle distendu et rempli de liquides.

M. Mathieu cite, à ce propos, le cas d'un jeune homme de dix-huit ans, mort récemment dans son service, à la suite d'obstruction intestinale, et à l'autopsie duquel on trouva, au dessus de l'S iliaque tordue, le gros intestin véritablement monstrueux de volume et contenant plusieurs kilos de matières fécales. A noter qu'on avait eu recours, peu de temps auparavant, à l'intervention chirurgicale contre des accidents de même nature, mais il y avait eu récidive rapide. Comme le malade était myxœdémateux — depuis une ablation du corps thyroïde — peut-être l'état névropathique eut-il une certaine influence sur la production de l'atonie intestinale.

H. Méry.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance du 12 décembre 1895.

Insuffisance tricuspidienne congénitale.

M. Brindeau. — Il s'agit d'un enfant de 2,555 grammes, qui ne vécut que quelques heures. A la naissance, on remarque qu'il est complètement cyanosé et qu'il existe au niveau des deux régions sous-maxillaires une tuméfaction régulière, lisse, de la grosseur d'un œuf de poule à droite, d'une noix à gauche, empiétant sur la région parotidienne et temporale. Du pourtour de chacune de ces tumeurs partent des vaisseaux volumineux qui divergent dans tous les sens. Ces tumeurs sont réductibles, se reproduisent avec facilité; elles sont animées de battements et sont le siège d'un bruit de souffle continu à renforcement systolique.

A l'autopsie, le cœur droit est très dilaté, ainsi que la veine cave supérieure: la jugulaire droite atteint le volume du pouce, c'est elle qui formait la tumeur; à gauche, elle est moins volumineuse.

L'orifice tricuspidien très dilaté permet l'introduction du pouce. Le canal artériel est oblitéré.

Fœtus atteint de malformations congénitales multiples à la suite de brides amniotiques.

M. Bouchacourt. — Ce fœtus présentait les malformations suivantes : Perte de substance de la voûte cranienne intéressant les deux pariétaux, le frontal et l'occipital, et hernie du cerveau; — communication de l'orbite droit avec la cavité cranienne; — bec-de-lièvre à droite; — amputation de tous les doigts de la main gauche; — sillons circulaires au niveau des quatre derniers doigts de la main gauche.

Présentation de deux œufs intacts provenant d'un avortement gémellaire de trois mois.

M. Bouchacourt. — Le premier œuf fut expulsé en entier, sauf le placenta; le cordon sectionné au niveau du placenta faisait bouchon à travers l'amnios et empêchait le liquide amniotique de s'écouler. Le second œuf fut expulsé avec son placenta. Le premier placenta fut extrait après la sortie du second œuf.

Perforation très probablement traumatique de l'utérus.

M. Schwab. — A l'autopsie d'une femme qui succomba au bout de 5 jours, à la suite de phénomènes infectieux, causés par un avortement de 4 mois, M. Schwab trouva sur la face postérieure, vers le fond de l'utérus, à un travers de doigt de la trompe droite, une perforation de la largeur d'une pièce de deux francs, siégeant au fond d'une sorte d'excavation de la muqueuse, et entourée d'une sorte de péritonite enkystée.

M. Porak rappelle un cas semblable qu'il a observé à Lariboisière. Il s'agissait aussi d'un avortement; à l'autopsie, on trouva dans la paroi utérine plusieurs abcès dont l'un s'était ouvert à la fois dans la cavité utérine et dans la cavité péritonéale, causant une perte de substance de la largeur d'une pièce de 1 franc.

M. Doléris pense aussi que dans le cas de M. Schwab, il s'agit d'un abcès et non d'une perforation traumatique.

M. Budin fait remarquer que s'il y avait eu perforation traumatique, la femme n'aurait pas vécu cinq jours, mais serait morte rapidement de péritonite suraiguë.

Abcès de l'utérus.

M. Pichevin a pratiqué l'hystérectomie vaginale chez une femme qui, depuis trois ans, rendait par le vagin une certaine quantité de pus.

En examinant les pièces, on vit que l'utérus présentait une masse proéminente développée aux dépens de la corne gauche.

En sectionnant cette tumeur, on tomba dans une cavité contenant une certaine quantité de pus. Cette cavité est tomenteuse, irrégulière, d'aspect grisâtre; ses parois, formées entièrement par le tissu utérin, se confondent avec le reste du parenchyme.

De l'emploi de l'eau oxygénée pour l'hémostase intra-utérine.

M. P. Petit. — De la triple propriété que possède l'eau oxygénée d'activer la précipitation de la fibrine, d'exciter la fibre lisse et de ne léser que peu ou pas les tissus, M. Petit croit légitime de conclure que ce doit être un excellent hémostatique pour l'usage externe. En présence d'une hémorrhagie intra-utérine, due à une métrite fongueuse ou à un fibrôme interstitiel, si l'on introduit d'un coup, jusqu'au fond de l'organe, une tige porte-topique, garnie d'ouate et trempée sans être essorée dans de l'eau oxygénée à 12 V, on observe la production d'une mousse très abondante qui fuse à travers l'orifice externe, la contraction de l'organe sur la tige, l'arrêt immédiat de l'hémorrhagie; pas de douleur, pas de modification des tissus, persistance de l'hémostase pendant un temps assez long, suffisant pour permettre à une malade anémiée de reprendre des forces et de supporter, à un moment donné, une intervention radicale s'il y a lieu.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 18 décembre 1895.

De l'asepsie et de l'antisepsie intestinales.

M. Ferrand. — On tend aujourd'hui à refuser toute valeur thérapeutique à l'antisepsie interne. Je persiste à croire qu'il faut la conserver.

L'antisepsie de l'intestin me paraît possible avec les substances insolubles. L'insolubilité, précieuse parce qu'elle permet aux médicaments ingérés de traverser, intacts, les voies digestives supérieures, présente, il est vrai, l'inconvénient de les accumuler. On peut combattre cette accumulation par l'administration à doses fractionnées.

Je crois également, à l'exemple de M. Bardet, que le calomel demeure le meilleur antiseptique intestinal.

M. Weber reste aussi partisan de conserver l'antisepsie intestinale.

M. Bovet apporte des faits qui montrent quel danger peut engendrer l'usage prolongé des antiseptiques intestinaux. Parfois, en effet, ces médicaments déterminent des phénomènes d'irritation locale ou des accidents généraux.

M. Créquy cite une observation d'intoxication par le salol.

M. Dignat joint à ce cas malheureux quelques faits semblables et déclare que l'antisepsie intestinale est inutile ou même dangereuse, aussi bien dans les maladies infectieuses que dans les affections de l'appareil digestif.

TERRILLON

Discours prononcé par M. Ch. Monod.

Messieurs,

C'est à la profonde, à la fraternelle affection qui m'unissait à notre cher Terrillon, que je dois le triste honneur de parler aujourd'hui sur sa tombe au nom de la Faculté de Médecine.

C'est à près de trente ans en arrière qu'il me faut remonter pour retrouver le souvenir de ma première rencontre avec lui. Terrillon venait d'être reçu interne, le premier de sa promotion.

Son rang le plaçait de droit dans le service du professeur Gosselin, dans lequel je devais passer moi-même ma seconde année d'internat.

Je me souviens encore du sentiment de curiosité inquiète avec lequel j'attendais celui qui venait d'emporter de haute lutte le titre envié.

Ai-je besoin de dire que la glace fut vite rompue entre nous? Vous ne vous en étonnerez pas, messieurs, vous tous qui avez connu le bon compagnon que fut Terrillon; vous qui vous souvenez de son aimable accueil, de son caractère enjoué, de ses franches allures, vous qui avez encore devant les yeux cet heureux visage respirant la santé, la bonne humeur et la joie de vivre.

Dès le premier jour nous nous sentîmes attirés l'un vers l'autre par une amitié que rien, ni le temps, ni la distance, ni les rivalités de concours ne devaient affaiblir.

Dès le début aussi Terrillon fut pour moi un guide sûr et un modèle dans la voie d'études et de luttes où nous nous engagions ensemble. Il le fut pendant cette première année d'internat; il le fut davantage encore lorsque plus tard nous préparions ensemble les concours du bureau central et de l'agrégation. Je ne saurais assez dire ce que je dois à son exemple, à son excellente méthode de travail, à sa ténacité, au bon esprit clinique dont il faisait déjà preuve.

Terrillon fut chirurgien des hôpitaux un an avant moi, ce n'était que justice. L'année précédente, il avait échoué au concours d'agrégation où j'étais nommé. Son échec me fut très sensible, car je sentais qu'il n'était pas mérité. Je n'oublierai jamais l'émotion avec laquelle j'allai, le soir de ce jour, si beau pour moi, frapper à la porte de son petit appartement de Sainte-Barbe.

Pourrait-il ne pas laisser percer un peu de l'amertume qui devait être dans son cœur, un peu d'envie à l'égard du camarade plus heureux? Ah! Messieurs, je le connaissais bien mal.

Il eut vite fait de me montrer dans une cordiale étreinte qu'il avait l'âme trop haute pour songer en un tel moment à autre chose qu'au succès de l'ami. Il avait connu d'autres déboires, toujours il les avait endurés avec la sérénité du vrai sage, avec le courage du lutteur intrépide qui ne se laisse pas abattre par la défaite, qui ne songe qu'à prendre, à force de travail, la revanche prochaine.

La carrière de Terrillon a été belle. A son arrivée à Paris, sans appui, sans direction, il conduisit mal le commencement de ses études; sa première année fut perdue. Il m'a souvent raconté qu'il avait eu tout à coup la vision nette de la mauvaise voie où il était engagé. Du jour au lendemain, il rompit avec ceux qu'il avait fréquentés jusque-là. Il se mit au travail avec la ferme volonté d'arriver au but, et n'eut plus dès lors un moment de défaillance.

Externe en 1867, il est dès l'année suivante nommé interne — je vous ai dit avec quel éclat.

Décidé à suivre la carrière chirurgicale, il se présente au concours de l'adjuvat à la Faculté de médecine; il échoue, mais ne se décourage pas. Deux ans après, il est, avec notre ami commun le Dr Marchand, nommé prosecteur des hôpitaux, docteur en médecine en 1873, il est au bout de trois ans chirurgien des hôpitaux. Deux ans encore, et la Faculté le proclame agrégé, — cette fois aussi le premier sur la liste. Ce rang lui permettait d'aspirer plus tard au titre de professeur titulaire. Et de fait, en 1893, lorsque fut déclarée vacante la chaire de médecine opératoire, il était inscrit par la Faculté sur la liste de présentation adressée au ministre.

A ces succès universitaires correspondaient de grands succès de clientèle. Terrillon devint bientôt un des chirurgiens connus de Paris. Il dut cette situation à sa très réelle habileté chirurgicale, à sa bonté pour ses malades et aussi à ses connaissances spéciales dans une branche de notre art, qui, dans ces dernières années, a pris un singulier développement.

Combien de ses clients sont devenus ses amis! Je n'ai, pour le constater, qu'à porter les yeux autour de moi. Ils sont là, tous

ceux qui lui doivent la santé ou la vie, venus pour lui apporter un dernier témoignage de reconnaissance

Parmi eux, et au premier rang, je compte les anciens élèves de l'Ecole Sainte-Barbe, où Terrillon occupa si longtemps le poste de médecin résident. Devenus des hommes, ils ont, en grand nombre, continué leur confiance à celui dont ils avaient pu apprécier, pendant leur jeunesse, les qualités médicales, la bonne grâce et le dévouement.

Terrillon sut encore s'attirer des amitiés plus hautes. Comment ne pas rappeler ici celle dont l'honora Pasteur? Celles aussi des Brouardel, des Fournier, des Grancher, des Dehove et de tant d'autres que je ne puis nommer — les uns des maîtres, les autres des camarades, devenus maîtres à leur tour — qui tous l'entourèrent, jusqu'au bout, de leur estime et de leur affection.

C'est que tous reconnaissaient en Terrillon, non seulement l'excellent collègue, l'ami sûr, le chirurgien de mérite, mais aussi le travailleur acharné qu'il fut, le vrai fils de ses œuvres.

Je parcourais hier l'exposé qu'il fit de ses titres à propos de sa candidature à la Faculté. On demeure confondu du nombre de ses publications et de la somme de travail qu'il arrivait à fournir.

N'a-t-il pas abusé de ses forces? Service hospitalier actif, obligations professionnelles incessamment croissantes, notes aux Sociétés savantes, mémoires dans nos divers recueils médicaux, leçons orales ou écrites..... cette activité fiévreuse ne fut-elle pas pour quelque chose dans la trop prompte déchéance de cette belle intelligence? Mais Terrillon n'était pas de ceux qui s'arrêtent en chemin; il s'était donné une tâche, il entendait l'accomplir jusqu'au bout. Et, en vérité, il était à la veille d'obtenir la juste récompense de sa vie de labeur: l'Académie, la Faculté allaient lui ouvrir leurs portes, lorsque tout s'est écroulé.

Ceux qui l'aimaient et le suivaient de près furent des premiers à reconnaître, il y a de cela juste trois ans, que sa santé avait dû subir quelque atteinte. Il le voyait lui-même mais ne voulait pas en convenir. Il lutta encore pendant quelques mois, puis dut s'avouer vaincu. Il cessa d'abord de voir ses malades en ville, puis quitta l'hôpital — vous dirai-je avec quels regrets? — pour une absence qu'il pensait devoir être courte. Il n'a jamais repris son service. C'était en mars 1893. C'est alors que commence la longue agonie qui s'est terminée il y a quelques jours. Triste nuit traversée par des éclairs où l'on retrouvait tout son esprit et tout son cœur. Il sut bien me le faire savoir, tout récemment encore, à propos d'un heureux événement survenu dans ma vie; il ne songea, sans aucun retour sur lui-même, qu'à me féliciter. Il ne voulut pas laisser à d'autres le soin de me dire sa joie et se plut à annoncer autour de lui le succès obtenu par son vieux camarade. Tel il s'était montré au début de nos relations, tel il fut jusqu'à la fin.

Devant une pareille amitié si tôt brisée, pouvais-je, messieurs, ne pas laisser voir quelque chose de ma cruelle douleur! Ils sont nombreux ceux qui la partagent avec moi.

Tous nous conserverons du moins pieusement le souvenir de notre collègue regretté, souvenir d'une vie tout entière consacrée à la science et au travail. Ce sera notre consolation.

C'est vers d'autres, c'est vers ceux qui restent que ma pensée et mon cœur se tournent maintenant — vers ce pauvre enfant, la joie et l'orgueil de son père, qui ne connaîtra que plus tard l'immensité de la perte qu'il fait en ce jour — vers sa chère et admirable femme, la charmante compagne choisie dans les jours heureux, devenue, aux heures de détresse, la sœur de charité se consacrant jour et nuit, pendant trois longues années — qui lui semblent aujourd'hui bien courtes — à celui qu'elle adorait.

Si Terrillon pouvait nous entendre, oublieux encore une fois de lui-même, c'est pour eux qu'il réclamerait toute notre pitié. Ah! Messieurs, laissez-moi leur dire en votre nom à quel point notre plus vive sympathie leur est acquise, combien sincère et combien douloureuse!

LES LIVRES

Chez A. Maloine, 21, place de l'Ecole-de-Médecine.

Cours théorique et pratique de physiologie, d'hygiène et de thérapeutique de la voix parlée et chantée; hygiène et maladies du chanteur et de l'orateur, par M. le Dr Paul Garnault (de Paris), docteur en médecine, docteur ès sciences naturelles, médecin spécialiste pour les maladies de la gorge, du nez et des oreilles; in-18, cartonné, de 464 pages, avec 82 figures dans le texte. Prix fort : 5 fr.

Le Dr Garnault vient de publier chez les éditeurs Maloine et Flammarion le cours qu'il professe à l'Institut Rudy, sous la forme d'un élégant volume divisé en 12 leçons, accompagné de nombreuses figures originales, très belles et très claires. L'auteur, qui a déjà publié de nombreux et considérables ouvrages sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie des voies respiratoires et des oreilles, s'était déjà fait connaître dans le monde des chanteurs par sa traduction d'un ouvrage important sur la voix parlée et chantée, l'hygiène du chanteur et de l'orateur. Il nous donne aujourd'hui un livre plus étendu et plus complet qu'aucun de ceux qui ont déjà paru en France et même à l'étranger sur ce sujet, et qui se recommande surtout par sa clarté, sa méthode et sa précision. Certaines questions absolument obscures, comme celles des registres, y sont traitées d'une façon lumineuse et sont encore éclaircies par de nombreuses figures très soignées. Tout ce qui touche à l'anatomie et à la physiologie s'y trouve exposé de façon à intéresser l'artiste aussi bien que l'homme de science. Toutes les expériences de physique et de physiologie, les démonstrations anatomiques que l'auteur fait dans son cours, sont minutieusement décrites, ainsi que les observations de laryngoscopie et les exercices de spirométrie auxquels il exerce ses auditeurs.

L'hygiène et les maladies du chanteur et de l'orateur sont exposées d'une façon bien plus complète et plus moderne que dans tous les ouvrages similaires. Signalons, au chapitre de l'hygiène, l'étude complète du corset; au chapitre des maladies, l'étude des végétations adénoïdes, des affections des amygdales; enfin l'étude de la douche et du massage de la gorge, interne et externe, dans les affections de cet organe.

Cet ouvrage est indispensable aussi bien au médecin pour les soins et la direction à donner au traitement de la gorge, qu'au chanteur, à l'orateur, à l'avocat, au prédicateur, en un mot à tous ceux qui parlent ou qui chantent, s'ils veulent conserver longtemps un organe aussi fragile et en tirer le meilleur parti.

Un questionnaire très intéressant et très complet, concernant toutes les questions qui peuvent intéresser le chanteur et l'orateur, est joint à l'ouvrage; un livre nouveau sera composé avec les réponses que l'auteur prie instamment tous ses lecteurs de vouloir bien lui adresser.

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

HOPITAUX DE PARIS

Par suite du décès de M. Terrillon, les mutations suivantes auront lieu, à partir de demain, dans le personnel des chirurgiens :

M. Segond passe de la Maison municipale de Santé à l'hospice de la Salpêtrière; M. Picqué, de l'hospice d'Ivry à la Maison municipale de Santé; M. Michaux à l'hospice d'Ivry.

Concours de médecine.

MM. Jacquet, 16 1/2; Létienne, 17; Bruhl, 19; Barbier, 17 1/2; Lesage, 17; de Gennes, 18 1/2; Plicque, 19; Belin, 17 1/2; Toupet, 19.

Le concours du prix de l'internat (médecine) est terminé. La *médaille d'or* est décernée à M. Sergent et la *médaille d'argent* à M. Péron; un *accessit* a été accordé à M. L. Lévi.

Concours de l'internat.

Epreuve orale. — MM. Ulmann, 15; Pédeprade, 15; Luys, 16; Adrien Mauger, 11; Laroche, 18; Riffé, 16; Fernand Monod, 18; Ferron, 17; Minet, 18; Pétron, 17; G. Labey, 9; Delestre, 16; Petit, 7; Villeneuve, 16; J. Lévy, 16; G. Lévis, 15; Zadok, 16; Tournemette, 18; Brosset, 17; Poulain, 10; Alfred Martinet, 18; G. Hauser, 18; Joussel, 16; Grisel, 18; Maurice Millet, 18; Gheorghiu, 16; Michaux, 11; Dupuy-Dutemps, 20; Thoyer, 17; Labbé, 11; Druault, 19; Nollet, 14.

Total des points. — MM. Fernand Monod, 46; Ferron, 45; Maurice Millet, 45; Dupuy-Dutemps, 45; Ulmann, 44; Laroche, 44; Pétron, 44; Alfred Martinet, 43; Grisel, 43; Gheorghiu, 43; Druault, 43; Pédeprade, 42; Luys, 42; Riffé, 42; Zadok, 42; Brosset, 42; G. Mauser, 42; Delestre, 41; Villeneuve, 41; Tournemelle, 41; Jousset, 41; Minet, 39; J. Lévy, 39; Thoyer, 39; G. Lévis, 38; Michaux, 38; Nollet, 38; Adrien Mauger, 36; Poulain, 34; Labbé, 33; G. Labey, 30; Petit, 28.

Concours de l'externat.

Anatomie. — MM. Juquelier, 13; Lopès, 12; H. Mahieu, 7; Jumelais, 8; Mainot, 14; Lacasse, 10; Harlay, 8; Léculier, 11; Labovari, 6; Lepage, 5; Lévis Bram, 6; Loiseau, 14; Léon Leroux, 7; Heller, 15; Launay, 5; Labussière, 10 1/2; Le-Lorier, 9; Javal, 14; Henriot, 16; Loeper, 19 1/2; Lobligeois, 14; Ligerot, 10; Lambert, 15; Louis Legrand, 16 1/2; Maurice Martial, 13; Jean Heitz, 17 1/2; Mahar, 13; Albert Lévy, 13; Lucas, 9; Maurice Heitz, 15 1/2; Mlle Pariselle, 14; MM. Marmasse, 14; Lecoeur, 15 1/2; Hazard, 10; Halgand, 8; Le Gambier, 18 1/2; Larigaudry, 18; Inglessi, 16; Kubn, 14; Mainguy, 10; Manto, 8; Kendirdjy, 17 1/2; Louste, 6; Le Tellier, 9; Letainturier de la Chapelle, 14 1/2; Mannomi, 13; Manet, 12; Hugé, 14; Louisy, 8; Romanescu, 13; Katz, 18 1/2; Biard, 10; Robert, 11; Mlle Marein, 16; MM. Zamfiresco, 12; Leroy, 14; Thoizon, 12 1/2; Talandier, 14; Planchon, 13; Sersiron, 11; Schultz, 13; Peaudecerf, 12 1/2; Bernard Mendelssohn, 10; Robillard, 16; Soulier, 13; Voisin, 10; Weber, 10 1/2; Tissot, 15; Gabriel Sicard, 16; Maricot, 12; Lévêque, 9; Le Couëdic, 13 1/2; Judet, 13.

Pathologie. — MM. Cuissard, 10 1/2; de Clomesnil, 13; Degrais, 9; Cathelin, 18; Charlret du Rieux, 11; Cotar, 15; Devilliers, 5; Cottu, 9; Delage, 11; Delamare, 13; Crotet, 11 1/2; de Lecroix de Lavalette, 15; Diel, 10 1/2; Doazan, 10; Dubar, 8; Henri Dubois, 12 1/2; Couzin, 12; Croizier, 14; Detot, 13 1/2; Costes, 8; Delaunay, 10; Paul Darbois, 16; Dardeau, 14; Jean-Paul Dupuy, 11; Duhamel, 5 1/2; Ducroquet, 17; Deck, 15; Biard, 14; Decherf, 15; Dausset, 8; Duc-Dodon, 11; Jules Deveaux, 16; de Montille, 7; Demay, 7; Chalmette, 13; Dionis du Séjour, 14; Delucq, 8; Delétré, 11 1/2; Courtellemont, 15; Couréménos, 11 1/2; Marcel Chevallier, 12; Mlle Cohn, 9 1/2; MM. Guillermin, 13 1/2; Degrenne, 13 1/2; Blandin, 11; Delestre, 14; Gabriel Bertrand, 7; Birman, 7; d'Arbois de Jubainville, 6; Bluysen, 13; Boricaud, 12; Cels, 15; Chalochet, 16 1/2; Clerc, 17 1/2; Fachatte, 12; Forestier, 11 1/2; Froussard, 13; Hanotte, 13; Hippolyte Guillot, 15; Lagrange, 12; Bernheim, 17; Garoflid, 11; Bochory, 8; Bourlon, 6; Fossard, 19 3/4; Elias, 13; d'Herbécourt, 18; Hivet, 16; Ganault, 12; Coyon, 17; de Font-Réaulx, 13 1/2; Iselin, 14; Jacques Fournié, 12; Fresson, 16; Augustin Chevallier, 13; Duclos, 12; Guéry, 17; Maurice Guillot, 11 1/2; Chaillous, 12 1/2; Brinon, 15; Ballet, 15; Audion, 12; Baealoglu, 15; Arnal, 12 1/2; Jules Boyer, 8; Cochemé, 13; Galea, 13; Guessarian, 14 1/2; Ungauer, 15; Thoyer, 17; Legay, 18; Charles Michaut, 14; Zimmern, 12 1/2; Mauger, 15; Paul Renault, 13.

FACULTÉS ET ÉCOLES DES DÉPARTEMENTS

Faculté de médecine de Montpellier.

Sont nommés, pour la présente année scolaire, chefs de laboratoire de clinique : M. Moitessier, agrégé (chimie); M. le docteur Bertin-Sans (physique).

Sont chargés, pour la présente année scolaire, de la direction des travaux pratiques : MM. les préparateurs Gagnière (physique); Raymond (chimie).

Ecole de médecine de Nantes.

M. le docteur Monnier, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales, est chargé des fonctions de chef des travaux de physiologie.

Ecole de médecine de Tours.

Par arrêté ministériel en date du 22 novembre 1895, ladite Ecole est autorisée à jouir des droits conférés aux écoles préparatoires réorganisées par l'article 13 du décret du 1er août 1883.

Collège de France.

Psychologie expérimentale : M. le docteur Pierre Janet, suppléant M. le professeur Ribot, traitera des conditions psychologiques de la personnalité les lundi et vendredi, à 3 heures.

NOTES POUR L'INTERNAT

VEINE PORTE

Canal d'anastomose entre réseau capillaire des viscères abdominaux sauf les organes génito-urinaires et réseau capillaire du foie. Il déverse dans la circulation, par la veine cave inférieure, le sang recueilli par ses branches d'origine.

Nous étudierons successivement :

A. Anatomie.

I. Branches d'origine.

II. Veines principales qui résultent de la convergence de ces branches d'origine.

III. Tronc.

IV. Branches terminales.

B. Physiologie.

A. ANATOMIE

I. Branches d'origine.

A. Dans le tube digestif proprement dit.

Dans toute l'étendue :

3 réseaux superposés : sous-épithélial; muqueux; sous-péritonéal.

En outre quelques particularités :

Estomac :

Elles forment des sortes de corbeilles périglandulaires.

Intestin grêle :

Plexus situé à la base des villosités Testut.

Plexus périglandulaire.

Plexus périfolliculaire.

Gros intestin :

Plexus hémorrhoïdal au niveau des replis semi-lunaires en forme de pinceaux (Quénu).

B. Dans les annexes du tube digestif.

Rate : 3 opinions :

1° Réseau capillaire intermédiaire entre veines des artères (Axel-Rey);

2° Anastomose par inoculation (Billroth et Schweizer-Seidel);

3° Système lacunaire interposé entre artères et veines (Frey et Gegenbauer).

Pancréas :

Réseaux périacineux auxquels la veine accolée à l'artère est suspendue comme une tige à un bouquet.

II. Veines principales qui résultent de la convergence de ces branches d'origine.

A. Du tube digestif proprement dit.

De l'estomac.

Veine coronaire stomachique.

Qui longe la petite courbure et s'anastomose avec veines œsophagienne inférieure et pylorique.

Veine gastro-épiploïque gauche (veine splénique).

Qui longe la grande courbure et s'anastomose avec veines courtes et cardiaques (et veine gastro).

Veine épiploïque droite (grande veine mésaraïque).
Le cercle est complet.
Du duodénum. -
Pancréatico-duodénales supérieure et inférieure.
Débouchent dans la grande veine mésaraïque (face convexe).
Jéjuno-iléon.
Radicules débouchent sur face *convexe* de la grande veine mésaraïque.
Colon droit.
Côliques inférieure, moyenne et supérieure anostomosées par branches ascendante et descendante.
Débouchent sur face *concave* de la grande veine mésaraïque.
1° Grande veine mésaraïque (v. mésentérique supérieure).
Direction. — Impaire et à droite de la ligne médiane.
Décrit une arcade à concavité droite de la terminaison de l'intestin grêle à la partie postérieure de la tête du pancréas.
Rapports. — Longe bord postérieur du mésentère.
Sépare troisième de la quatrième portion du duodénum.
Longe la face postérieure de la tête du pancréas.
De la *portion gauche du gros intestin et du côlon transverse.*
Hémorrhoïdales inférieures (rectum).
Côliques inférieures, moyennes et supérieures, dont la branche ascendante s'anastomose avec le rameau correspondant de la veine côlique supérieure droite au niveau du côlon transverse.
Ces veines débouchent sur face convexe de la veine mésentérique inférieure.
2° Veine mésentérique inférieure.
Direction. — Impaire, décrit longue arcade à concavité droite de la moitié gauche du gros intestin à face postérieure de la tête du pancréas.
Rapports. — Chemine de bas en haut entre les deux feuillets du mésorectum, puis du mésocôlon iliaque, du mésocôlon lombaire gauche, remonte le long du bord adhérent du mésentère, croise face postérieure de 3e portion du duodénum, contourne fossette duodénale supérieure.
Chemine à la face postérieure du *pancréas*
En avant et à gauche de l'aorte.
En avant du ganglion semi-lunaire et de l'anse mémorable de Wrisberg.
Au niveau du bord supérieur de la tête du pancréas, s'unit à angle aigu avec la veine splénique.
3° Veine splénique.
Constituée par convergence de 5 ou 6 rameaux lobaires qui émergent au niveau du hile de la rate.
Chemine entre les deux feuillets de l'épiploon pancréatico-splénique.
Se creuse une gouttière au-dessus de l'artère splénique qui longe le bord supérieur du pancréas ; croise l'artère mésentérique supérieure et s'unit derrière la tête du pancréas avec *veine mésentérique inférieure* pour constituer le *tronc d'origine de la veine porte*.
4° Tronc d'origine de la veine porte.
Tronc commun à veine splénique et petite mésaraïque, se dirige de bas en haut et de gauche à droite et après un trajet de 3 à 4 centimètres s'unit derrière la partie la plus élevée de la tête du pancréas à *veine mésentérique supérieure* ; ainsi se constitue :

III. Veine porte proprement dite.

Direction :
De bas en haut, de gauche à droite, d'avant en arrière.
Rapport :
D'abord extra-péritonéale ; puis devient intra-péritonéale.
Croisant au postérieur de première portion du duodénum elle pénètre entre les deux feuillets du *ligament gastro-hépatique* de même que le *canal cholédoque* situé en avant et à droite de la veine porte.
Artère hépatique :
En avant et à gauche de la veine porte.
Rapports avec vaisseaux lymphatiques et nerfs.
Ce ligament gastro-hépatique résulte de la réflexion du péritoine le long du bord droit des canaux du bile du foie : il en résulte la formation de
Hiatus de Winslow.
Limité :
En *avant :* par veine porte.
En *arrière :* par veine cave inférieure.
En *haut :* par prolongement antérieur du lobule de Spiegel.
En *bas :* première portion du duodénum.
Palper de la veine porte par ce hiatus donne sensation de varicocèle.

IV. Branches terminales (veine porte hépatique).

A. Au niveau du sillon transverse :

Division en deux branches terminales (forme d'un T).
Rapports :
Extrémité supérieure du tronc porte.
Inclinée vers la droite est, par suite, croisée par branche gauche du canal cholédoque et branche droite de l'artère hépatique.
Branche droite de la veine porte :
Plus courte, mais plus grosses ; entre fossette cystique et gouttière de la veine cave inférieure.
Rameaux efférents :
Une ou deux veines cystiques.
Rameaux afférents :
Deux ou trois branches (lobes droit et de Spiegel).
Branche gauche de la veine porte.
Entre les deux éminences portes.
Rameaux afférents :
Veine pylorique (assez souvent).
Cordon de la veine ombilicale (bord antérieur).
Cordon du canal veineux d'Arangne (bord postérieur.)
Rameaux efférents :
Se distribuent aux lobes gauche et carré.

B. Dans le foie.

Deux dispositions remarquables :
Ne s'anastomosent pas entre elles.
Direction parallèle à la face inférieure du foie.
Sont avalvulaires.
Se divisent dans les *espaces interlobulaires* (ramifications beaucoup plus nombreuses que celles de l'artère hépatique).
Dans l'*espace de Kiernan.*
Chaque rameau se divise en 5 ou 6 branches pour les 5 ou 6 lobules voisins.
Réseau péri-lobulaire :
Dans fissures de Rianau d'où naissent des branches radiées reliées par anastomose transversale qui constituent :
Réseau intra-lobulaire :
Ces capillaires *embryonnaires* convergent vers :
Veine intra-lobulaire centrale.
Toutes les veines intralobulaires convergent vers la périphérie des lobules où elles constituent :
Veines sus-lobulaires :
Collision de convergence en convergence aboutissent aux *veines sus-hépatiques* qui débouchent dans *veine cave inférieure.*
Rareté des infarctus du foie malgré dispositions terminales des ramuscules de la veine porte.
Expliquée par rétablissement de la circulation grâce aux ramuscules qui, nés des capillaires de l'artère hépatique, se jettent dans les ramuscules portes interlobulaires.

(A suivre.) M.

Le Directeur-Gérant : F. de Ranse.

Paris. — Imprimerie des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — Barnagaud, imp.

TABLE ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES

CONTENUES

DANS LE TOME II DE LA NEUVIÈME SÉRIE DE LA GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

ANNÉE 1895

A

B

C

D

E

F

G

H

I

K

L

M

N

O

P

R

S

T

U

V

Z

TABLE DES AUTEURS

A

B

C

D

E

F

G

H

I

J

K

L

Paris.— Société anonyme de l'Imprimerie des Arts et Manufactures et Dubuisson (M. Barnagaud, imp.). — 469-96.